

EXTRAIT DES ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

DE L'USAGE RATIONNEL DU FORCEPS ET DU LEVIER DANS L'ART DES ACCOUCHEMENTS;

PAR J.-L. BODDAERT,

Docteur en Médecine, en Chirurgie et en l'Art des Accouchements, à Gand; Chirurgien principal de l'Hôpital civil, Lecteur à l'École provinciale de la Maternité.



GAND,

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE F. ET E. GYSELYNCK,

Éditeurs des Annales et Bulletin de la Société de Médecine de Gand.

1849.


BOSTON MEDICAL
DEC 31 1903

DE L'USAGE RATIONNEL

DU

FORCEPS ET DU LEVIER

DANS

L'ART DES ACCOUCHEMENTS;

PAR M. LE DOCTEUR **BODDAERT**,

MEMBRE RÉSIDANT.

Sat cito, si sat bene.

Les auteurs diffèrent d'opinion sur les cas dans lesquels il convient d'employer le forceps ou le levier dans l'art des accouchements. Les uns, comme les auteurs français en général, recommandent exclusivement le forceps pour extraire la tête et ils n'emploient le levier que pour changer ses positions défectueuses. Les autres, tels que Herbiniaux et plusieurs accoucheurs anglais et hollandais, se servent du levier non seulement pour changer ces positions défectueuses, mais aussi pour amener la tête au dehors. Enfin il y en a, et parmi eux on peut citer Denman et Burns, qui croient que dans le plus grand nombre des cas, on peut aussi bien délivrer la femme, ou dégager la tête de l'enfant, avec le levier qu'avec le forceps.

Il est pénible de voir qu'on ait adopté des opinions

aussi différentes sur l'usage du forceps et du levier; car il est évident que des instruments aussi opposés sous le rapport de leur construction et de leur forme doivent avoir aussi une manière différente d'agir, qu'ils ne peuvent également convenir dans tous les cas et qu'il doit y avoir des circonstances où l'on peut terminer un accouchement plus avantageusement pour la mère et l'enfant avec l'un de ces instruments qu'avec l'autre.

Le meilleur moyen de faire cesser cette dissidence d'opinions entre les auteurs et de prévenir en même temps le retour des débats scandaleux qui ont eu lieu sur la prééminence qu'ils ont voulu accorder à l'un ou à l'autre de ces instruments, serait de procéder dans leur emploi d'une manière plus rationnelle (1), en déterminant bien leur mode d'action d'après leur construction et leur forme, et d'en déduire des règles qui dussent guider le praticien dans leur emploi.

Je me propose d'établir ces règles d'après la manière d'agir du forceps et du levier et de les appliquer aux différents cas où l'on doit avoir recours à l'un ou à l'autre. Toutefois je ne me dissimule pas que ma tâche ne sera

---

(1) Eh quel sujet de l'art obstétrical mériterait davantage d'être traité d'une manière rationnelle! Le levier n'est presque plus employé en France : au contraire, Denman dit (*Introduction à la pratique des accouchements,* traduit de l'anglais, par J. F. Kluyskens, tome 2, page 172) que plusieurs professeurs de l'art des accouchements à Londres, ne se servent plus de nos jours du forceps, et n'en parlent pas même dans leurs leçons. De même aujourd'hui on voit que l'un accoucheur a recours exclusivement au forceps, tandis que l'autre ne se sert que du levier. En admettant que les motifs pour lesquels ils ont accordé la préférence à celui-ci plutôt qu'à celui-là soient fondés sur des faits pratiques, il faut supposer alors qu'ils ont employé leur instrument favori dans des circonstances où l'usage d'un autre eût été moins avantageux, mais qu'ils se sont trompés en émettant des conclusions générales et trop exclusives.

pas facile, parce que, comme je l'ai dit en rapportant les opinions des auteurs sur l'emploi de ces instruments, il n'y en a pas un seul, pour autant que je le sache, qui ait considéré le sujet comme je le fais, et qui par conséquent puisse me guider dans ce travail. Cependant comme je crois que ce n'est qu'en procédant de cette manière qu'on peut faire cesser la dissidence des opinions et parvenir à un emploi plus convenable de ces instruments, et comme d'ailleurs j'ai observé beaucoup de cas où l'on pouvait se servir plus avantageusement de l'un que de l'autre, je n'ai pas reculé devant la difficulté de l'entreprise, espérant qu'une personne plus habile voudra bien reprendre ce travail au cas que je n'aie pas réussi dans cet essai.

Le *forceps* est une espèce de pince, destinée à saisir et à extraire la tête de l'enfant : il est composé de deux branches, dont l'une, qui porte le pivot, s'appelle *branche mâle* et dont l'autre, sur laquelle est pratiquée l'ouverture qui reçoit le pivot, se nomme *branche femelle*.

On distingue à chaque branche, la *cuiller*, le *manche* et le *point de jonction*. La cuiller est la partie élargie, fenêtrée dans toute sa longueur et présentant deux courbures, dont l'une est sur ses faces pour s'accommoder à la forme arrondie de la tête du fœtus, et l'autre sur ses bords pour se mettre en rapport avec l'axe courbe de l'excavation pelvienne.

Le manche est plus étroit, courbé en dehors et terminé par un crochet mousse.

Ces deux branches, à l'endroit où elles s'entrecroisent, présentent une entablure, un pivot mobile et une mortaise qui permettent de les séparer et de les réunir à volonté, et lorsque les branches sont réunies,

les cuillers laissent entre elles un intervalle destiné à retenir la tête de l'enfant.

D'après le mode de construction en forme de pince et d'après l'usage auquel servent toutes les pinces en chirurgie, cet instrument doit être particulièrement employé comme moyen d'extraction, et de là on a admis comme règle qu'on amènera la tête de l'enfant d'autant plus facilement au-dehors qu'elle se présentera aux parties qu'elle doit traverser avec de plus petits diamètres et en même temps selon la direction de l'axe du détroit inférieur. C'est pour ce motif qu'il convient surtout et qu'aucun instrument ne peut être appliqué plus avantageusement que lui, lorsque la tête, dans la première ou la deuxième position du vertex, est parvenue au détroit inférieur et qu'on peut la saisir selon le diamètre occipito-mentonnier et l'extraire suivant la direction de l'axe du détroit inférieur.

L'application de cet instrument dans ces cas me paraît si avantageuse et si peu offensive pour la mère et l'enfant, que les partisans même du levier ne peuvent alléguer aucun motif fondé contre la préférence qu'on accorde dans ces cas au forceps pour extraire la tête.

S'il est employé d'autant plus avantageusement qu'on peut extraire la tête avec de plus petits diamètres, et selon la direction des axes du bassin, il s'ensuit aussi que cette extraction sera d'autant plus désavantageuse que la tête se présentera avec de plus grands diamètres et qu'on ne pourra, en l'extrayant, la diriger suivant la direction des axes.

La tête étant fortement serrée entre les cuillers de l'instrument, il en résulte que le forceps, pendant son action, est bien peu convenable pour lui imprimer des mouvements de flexion, etc., et qu'elle sera extraite

à peu près telle qu'elle a été saisie. J'ajoute que si elle peut subir des changements, ils seront très-limités et que ce ne seront pour ainsi dire que ceux que le forceps peut subir lui-même.

Au reste, nous verrons plus loin dans chaque cas particulier où nous recommanderons le forceps, les changements que cet instrument peut imprimer à la tête.

Le forceps, dont la découverte est due à notre compatriote Palfyn, peut être considéré comme une des inventions les plus utiles qui aient été faites, puisqu'au moyen de cet instrument on parvient, dans des cas donnés, à sauver la mère et l'enfant.

Le *levier*, qui a reçu son nom de sa manière d'agir, est un instrument, composé d'une lame d'acier plus ou moins courbée et d'un manche, destiné à changer les positions défectueuses de la tête et *à l'extraire*.

Si l'on parcourt les notices historiques faites sur cet instrument, on voit qu'il a également subi plusieurs modifications sous le rapport de sa largeur, de sa courbure, etc.; mais de quelque manière qu'on l'ait modifié, son mode d'action est à peu près le même, car presque toujours il agit comme un levier du premier genre dont la puissance (le moteur) est appliquée sur le manche, dont le point d'appui est à peu près vers le milieu et dont la résistance est la tête de l'enfant sur laquelle agit sa lame d'acier qui offre une courbure plus ou moins grande.

Le levier que nous employons de préférence, bien que les autres puissent également remplir le même but, est composé d'un manche en bois et d'une lame d'acier un peu plus étroite et plus épaisse vers le

manche, plus large et courbée (1) vers le côté opposé, où elle a un pouce de largeur et une ligne et demie d'épaisseur. Cet instrument a à peu près la longueur de douze pouces.

Le levier agit de deux manières. La première est celle par laquelle il change les positions vicieuses de la tête en lui imprimant un mouvement et une direction conformes à ceux de l'accouchement naturel. En effet, cet instrument, au lieu d'embrasser la tête comme le forceps, n'étant appliqué que sur une partie de la boîte osseuse, peut, en agissant obliquement sur elle, changer sa position défectueuse et cesser son action dès qu'elle se trouve ramenée dans sa situation naturelle.

La seconde est celle par laquelle on fait descendre la tête et par laquelle on l'extrait.

Il faut appliquer la concavité de la lame du levier sur l'occiput, lui faire prendre son point d'appui sur les branches du pubis et relever le manche en y joignant des efforts d'extraction. La tête se trouvant dans le canal ou à l'entrée du bassin, doit nécessairement être abaissée ou descendre par la puissance ou le moteur qui est appliqué sur le manche, et à la fin être extraite. C'est ainsi qu'en combinant les efforts d'extraction avec ceux par lesquels on change les positions de la tête, défectueuses ou non (2), le levier peut de-

---

(1) Il serait convenable d'avoir des leviers de courbure différente : ceux qui seraient peu courbés, seraient faciles à introduire, mais moins favorables pour faire l'extraction de la tête : l'inverse aurait lieu lorsque la courbure serait plus grande.

(2) Il est bon de se livrer à quelques considérations sur ce qu'on nomme changer les positions défectueuses de la tête; ce changement n'est avantageux que pour autant que le bassin soit bien conformé ou l'obstacle facilement amovible : car on ne ferait qu'augmenter les difficultés si on voulait faire

venir un des instruments les plus précieux d'extraction, lorsque la tête en descendant doit subir des changements dans ses mouvements de flexion ou de rotation, ou dans sa direction. C'est aussi pour ces motifs qu'il doit être employé de préférence au forceps pour amener la tête au dehors lorsqu'elle n'a pas encore traversé le détroit supérieur, parce qu'alors elle n'a pas encore fait sa flexion sur la poitrine ni sa rotation et qu'il peut la diriger en même temps suivant la direction de l'axe du détroit supérieur, ou bien lorsque dans l'excavation du bassin ou au détroit inférieur elle ne se présente pas avec ses plus petits diamètres. Enfin cet instrument étant d'un plus petit volume que le forceps, convient aussi mieux que lui lorsqu'il existe un certain degré de difformité ou d'étroitesse du bassin.

Nous insistons pour que l'on veuille bien observer que nous ne recommandons exclusivement ni le forceps ni le levier, que ce qui nous guide dans l'emploi de l'un ou de l'autre de ces instruments, ce sont la bonne ou la mauvaise position de la tête, les changements qu'elle doit subir, soit dans ses mouvements de flexion ou de rotation, soit dans sa direction avant d'être extraite, la position de l'occiput selon qu'il est tourné en avant ou en arrière, etc.; et que pour ces motifs nous serons obligé d'exposer à chaque position de la tête lequel de ces deux instruments doit être employé de préférence à l'autre.

---

passer la tête par un détroit rétréci de la même manière que dans l'état naturel. Aussi lorsqu'il existe une difformité ou une angustie du bassin, pour faire passer la tête de la manière la plus avantageuse, il faut avoir égard à la largeur des différents diamètres que présente le détroit supérieur rétréci et non à ceux qu'il présente dans l'état naturel.

Ainsi le forceps doit être préféré, en prenant ici pour exemple la première ou la deuxième position du vertex, lorsque la tête peut être extraite avec ses plus petits diamètres et en même temps selon la direction de l'axe du détroit inférieur; au contraire, on doit recourir au levier pour changer les positions défectueuses de la tête et pour l'amener au dehors, lorsqu'elle doit subir des changements dans ses mouvements ou dans sa direction, en traversant la filière du bassin. L'emploi de ces deux instruments serait d'autant moins convenable, que la tête s'écarterait davantage des conditions dans lesquelles chacun d'eux devrait être employé.

En indiquant les cas dans lesquels on doit se servir de préférence du forceps ou du levier, je n'ai pas prétendu dire que l'on ne puisse quelquefois terminer des accouchements par l'un, là où l'autre convenait, et vice-versa; au contraire, je crois que l'habitude de manier un instrument, l'habileté du chirurgien, ou de grands efforts peuvent avoir pour résultat de délivrer la femme avec l'un dans des cas où on aurait dû avoir recours de préférence à l'autre.

Je ferai remarquer que l'emploi du levier, tel que nous l'avons établi, est même adopté par les partisans du forceps; mais que ceux-ci soutiennent que par son aide on ne peut pas extraire la tête. C'est surtout sur ce point de la science que les débats les plus violents ont eu lieu entre les partisans exclusifs du forceps et du levier. Cependant il faut bien admettre qu'on peut au moyen de cet instrument *extraire la tête,* parce que 1° on peut fort bien démontrer dans chaque cas particulier qu'on peut avec lui et par lui amener la tête de l'enfant au dehors. D'ailleurs, plusieurs accou-

cheurs sont d'accord sur ce point. Denman dit (tom. II, page 178, ouvrage cité) : « Cet instrument (le levier) possède en même temps un grand degré de force extractive, lors même que la courbure n'en est que légère et l'on peut, dans le moment que l'on s'en sert, diriger convenablement et de différentes manières la tête de l'enfant lorsqu'elle descend. » Il dit aussi (ibid., page 166) que si l'on désire que le levier acquière plus de force extractive, la courbure doit en être augmentée.

2° Il est tant d'accoucheurs qui, comme Roonhuysen, De Bruyn, Herbiniaux, etc., ont employé cet instrument pour extraire la tête, et il en est tant qui l'emploient encore journellement dans ce but, qu'il faut bien se rendre à l'évidence des faits. D'ailleurs, on n'a qu'à lire l'ouvrage de Denman, on y verra que les premiers accoucheurs de Londres se servaient exclusivement du levier pour délivrer la femme; et s'il y avait encore des personnes qui voulussent révoquer en doute qu'on puisse amener la tête de l'enfant au dehors avec le levier, je les engagerais à réfléchir à ce qu'en dit Denman (tome II, page 173), auteur que M. Velpeau considère avec raison comme le Baudelocque de la Grande-Bretagne : « Qu'il me soit permis d'observer en outre que je connais plusieurs praticiens du premier mérite, longtemps accoutumés au forceps, lesquels ayant découvert par hasard ou par expérience qu'ils pouvaient à l'aide d'une seule branche porter le même secours, y renoncèrent et qui depuis ne se servirent que de celle-ci ou du levier ; mais je n'ai jamais vu d'exemple qu'aucun praticien, accoutumé au levier, en ait abandonné l'usage et adopté le forceps. »

Desormeaux, dans le *Dictionnaire de Médecine,* article

LEVIER, tome XIII, page 119, dit : « Pour mon compte je me rappelle m'en être servi avec succès dans deux cas, où la tête étant dans une situation transversale au-dessus du détroit supérieur, n'aurait pu être saisie avec le forceps que d'une manière défavorable, c'est-à-dire de la face à l'occiput, une branche du forceps, portée le long de la face, put être ramenée en avant sans cependant arriver jusque derrière la symphyse des pubis, et son extrémité, en raison de sa courbure, parvint jusque sur la région mastoïdienne où elle trouva un point d'appui solide. Au moyen de cette branche de forceps, qui faisait l'office de levier ou, pour mieux dire, de crochet, j'entraînai la tête du fœtus. Dans un de ces deux cas, la tête éprouva une telle pression, en traversant le détroit supérieur, que le pariétal gauche présentait une dépression longitudinale profonde, produite par la saillie sacro-lombaire.

» Je suis entré dans quelques détails sur l'emploi du levier comme extracteur de la tête, parce qu'il m'a semblé que sa manière d'agir n'avait pas été bien comprise et qu'il était essentiel de rappeler cet instrument à l'attention des praticiens (1). Baudelocque et la plupart des accoucheurs actuels, rejettent absolument l'usage du levier, si ce n'est pour suppléer à la main, à l'effet de redresser la tête du fœtus déviée de sa direction naturelle pendant sa progression à travers le canal du bassin. Je pense qu'en cela ils ont été trop

(1) Nous formons des vœux bien sincères pour que cet instrument soit rappelé à l'attention des praticiens, car nous ne doutons pas que, par son emploi méthodique, on ne parvienne tous les ans à sauver un nombre considérable de femmes et d'enfants.

loin. Ils veulent aussi que dans tous les cas on puisse substituer sans inconvénient une branche du forceps au levier proprement dit. Je suis bien de leur avis, je suis même persuadé qu'il y aura de l'avantage à le faire, comme dans le cas cité plus haut: cependant, quand il s'agira de redresser la tête ou de faire des tractions directes sur l'occiput, le levier sera préférable. Employer dans ces cas une branche du forceps, n'est pas exclure le levier de la pratique des accouchements, puisque la branche de forceps dont on se sert devient un véritable levier.»

Il est reconnu par tous ceux qui emploient le levier, que non seulement on peut extraire la tête de l'enfant au moyen de cet instrument, mais que souvent on peut le faire d'une manière plus avantageuse pour la mère et pour l'enfant qu'avec le forceps ; même il arrive assez souvent que là où on ne peut appliquer ce dernier, à cause de la difformité ou du rétrécissement du bassin, ou bien qu'on ne peut pour ces mêmes motifs extraire la tête de l'enfant avec le forceps, on parvient facilement à introduire le levier et dans tous ces cas à amener la tête au dehors. Je pourrai citer par la suite non seulement un assez grand nombre de cas observés dans ma pratique particulière à l'appui de ce que j'avance , mais même j'en rapporterai quelques-uns où j'ai été appelé en consultation par d'autres personnes de l'art et particulièrement par des accoucheurs expérimentés, mais grands adversaires du levier, qui n'ayant pu terminer ces accouchements par le forceps, m'ont alors appelé en consultation, et où je suis parvenu avec la plus grande facilité à amener la tête au dehors. Ces hommes qui n'avaient jamais voulu employer le levier pour dé-

gager la tête, voyant tout le parti qu'on pouvait en retirer, regrettaient bien amèrement de ne l'avoir pas connu plus tôt.

Enfin je rapporterai un cas où n'ayant pu extraire la tête au moyen du forceps, nous l'avons fait facilement avec le levier, et où la femme étant morte, nous avons pu constater par l'autopsie cadavérique que le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur n'avait que trois pouces et deux lignes, que l'éminence ilio-pectinée gauche était beaucoup plus rapprochée du promontoire du sacrum que la droite, et que, tant à cause de l'angustie du détroit supérieur que de sa difformité, il était sinon impossible du moins extrêmement difficile d'appliquer convenablement le forceps.

Il est bon de noter ici que les adversaires du levier rejettent l'usage de cet instrument uniquement pour des motifs théoriques; car ne l'ayant pas employé, ils ne peuvent se fonder sur aucun fait pratique. Au contraire, les partisans du levier ne l'emploient que parce que dans certaines circonstances ils ont trouvé son emploi plus avantageux que le forceps. Est-il raisonnable de supposer que tant de praticiens s'obstineraient à continuer l'emploi d'un instrument, s'ils ne le trouvaient dans certaines circonstances supérieur?

On objecte aussi contre l'emploi du levier que lorsque la tête est encore au détroit supérieur ou dans l'excavation du bassin et qu'elle n'a pas encore fait sa flexion sur la poitrine ni sa rotation, on peut opérer ces deux mouvements soit avec la main soit avec le levier et appliquer ensuite le forceps; mais outre que cela ne peut pas toujours se faire, pourquoi n'emploierait-on pas le même instrument ou le levier pour faire fléchir et descendre la tête et l'extraire en même

temps? D'ailleurs, nous examinerons plus loin si, lorsque la tête est encore située au-dessus du détroit supérieur, qu'on fait abaisser l'occiput et qu'on entraîne la pointe occipitale au centre du détroit supérieur, qu'on imite enfin complétement le mécanisme de l'accouchement naturel, si, disons-nous, ceci peut avoir lieu sans faire descendre la tête et par conséquent sans l'amener au dehors, surtout lorsque ce détroit est le principal obstacle à la sortie de la tête de l'enfant.

Nous souhaitons que les adversaires du levier, au lieu de le rejeter sans l'employer, veuillent bien s'en servir dans les cas que nous avons indiqués et que nous indiquerons dans la suite, et comme nous ne voudrions rien avancer qui ne fût de la plus exacte vérité, nous pouvons leur prédire les mêmes succès et garantir en outre que l'accoucheur, qui sait manier convenablement cet instrument, saura très-souvent et avec facilité amener la tête de l'enfant au dehors, lorsque celui qui ne peut se servir qu'exclusivement du forceps ne saurait le faire : et pour ce motif je trouve de la plus grande justesse ce que dit Burns (page 335 *The principles of midwifery*) : « Students ought to acquire the power of using both the lever and the forceps. »

Maintenant nous allons successivement examiner les différentes positions de la tête pour lesquelles il faut recourir à l'emploi des instruments et indiquer quel est celui que l'on doit employer de préférence dans les différents cas, en commençant par la première et la seconde position du vertex lorsque la tête n'a pas encore traversé le détroit supérieur.

DE L'EMPLOI DU LEVIER ET DU FORCEPS DANS LA PREMIÈRE ET LA DEUXIÈME POSITION DU VERTEX, QUAND LA TÊTE N'A PAS ENCORE TRAVERSÉ LE DÉTROIT SUPÉRIEUR.

Pour mieux prouver quel est celui des deux instruments qui sera employé le plus convenablement, examinons d'abord comment la tête se présente au détroit supérieur, et ensuite de quelle manière chaque instrument le lui fait traverser.

Avant le passage de la tête par le détroit supérieur, la fontanelle postérieure répond à l'éminence ilio-pectinée gauche (première position) et l'antérieure à la symphyse sacro-iliaque droite; dans la deuxième position, la fontanelle postérieure est derrière l'éminence ilio-pectinée droite et l'antérieure devant la symphyse sacro-iliaque gauche.

Ainsi 1° la tête se présente, à cause de la saillie du sacrum, obliquement au détroit supérieur, 2° elle n'a pas encore fait sa flexion sur la poitrine et 3° elle devrait traverser ce détroit selon la direction de l'axe de ce détroit, c'est-à-dire, de haut en bas et d'avant en arrière. J'ajoute que, comme c'est particulièrement pour les cas de rétrécissement du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, produit par la saillie du sacrum, qu'on doit recourir aux instruments, la tête est souvent alors située transversalement, et alors aussi l'axe de ce détroit est situé plus en avant que dans l'état normal.

Dans la présentation de la tête dont nous traitons ici, si l'on applique le forceps, 1° on la saisit obliquement, 2° on lui fait traverser le détroit supérieur par le diamètre occipito-frontal et 3° on ne peut lui imprimer

une direction conforme à celle de l'axe du détroit supérieur. Tous ces désavantages, toutes ces difficultés augmentent encore lorsque le détroit est rétréci par la saillie du sacrum. Par là on voit que l'application de cet instrument est dans ce cas aussi désavantageuse qu'elle est avantageuse au détroit inférieur.

1° A cause de la saillie de l'angle sacro-vertébral, la tête est située diagonalement, et alors on ne peut, si ce n'est difficilement, changer sa position diagonale avant qu'elle n'ait traversé le détroit supérieur ou pendant son passage, afin de pouvoir appliquer convenablement le forceps. C'est aussi pour ce motif que l'application de cet instrument est alors ou difficile ou désavantageuse, et que les auteurs même ne sont pas d'accord sur la manière de la faire (1) : « La plupart des accoucheurs allemands veulent que dans tous les cas, quelle que soit la situation de la tête, on introduise et on place le forceps dans cette direction parallèle à la ligne médiane du corps. Ils citent à l'appui de cette doctrine une pratique qu'ils disent constamment heureuse. Je pense bien que, dans la plupart des cas, on peut réussir de cette manière; mais en même temps je suis persuadé que, lorsque la tête est placée diagonalement et qu'elle ne peut être amenée au dehors sans de grandes difficultés, cette manière d'agir est moins sûre que l'autre. En effet, la tête se trouve alors saisie de la partie latérale de l'occiput à la bosse frontale du côté opposé; les cuillères du forceps sont très-écartées, elles ne touchent la surface de la tête que dans une petite étendue, et portant sur des plans inclinés, elles

---

(1) *Dictionnaire de médecine*, tome 9, forceps, page 335; par Desormeaux.

peuvent glisser facilement. Ainsi, d'une part, la tête est moins solidement fixée entre les cuillères de l'instrument; et, d'autre part, la tête est nécessairement attirée, présentant de grands diamètres aux détroits du bassin; on doit par conséquent avoir besoin de plus de forces pour les lui faire traverver. » Si cette manière d'appliquer le forceps est désavantageuse, l'autre est difficile; car comme l'observe Dugès (*Manuel obstétrique*, p. 308): « Quand il (le vertex) est encore à peine engagé dans le détroit supérieur, il n'est pas toujours possible d'appliquer les cuillers sur les côtés du crâne. En effet, le diamètre occipito-frontal est alors diagonalement ou transversalement placé sur le détroit, donc une cuiller devrait être glissée en avant et l'autre en arrière; mais la tête étant dirigée selon l'axe du détroit supérieur, il faudrait aussi donner à l'instrument cette direction; or, considéré sur ses faces, il n'offre que des courbures partielles et sa totalité représente une ligne droite et inflexible que le bas du sacrum et le coccyx arrêteront et empêcheront de prendre la direction susdite. Ces difficultés ont été généralement attribuées à de prétendus enclavements... On se verra donc fréquemment forcé d'appliquer les cuillers vers les côtés du bassin, et, par conséquent sur l'un des os frontaux et sur la région mastoïdienne du côté opposé. »

Mais l'application de cet instrument sera encore plus désavantageuse et plus difficile quand le détroit supérieur sera rétréci d'avant en arrière. Alors la tête se présentera diagonalement ou transversalement. Dans le premier cas, il faudra appliquer le forceps, le plus souvent à cause du rétrécissement, sur les parties latérales du bassin, et dans le deuxième cas, quelque défectueuse que soit cette position pour l'application de cet

instrument, elle ne pourra être changée; car on ne ferait par-là qu'augmenter la difficulté de l'extraction de l'enfant. En effet, dans cette position transversale, un très-grand diamètre de la tête, l'occipito-frontal, répond au plus grand diamètre du détroit, le transverse; et les cuillers du forceps devront s'appliquer nécessairement sur la face et sur l'occiput.

2° La tête doit traverser le détroit supérieur par son diamètre occipito-frontal; car le forceps, en l'embrassant, ne lui permet pas de subir le mouvement de flexion requis pour qu'elle traverse naturellement ce détroit, mais il l'extrait telle qu'elle a été saisie soit avant, soit pendant son passage par ce détroit. En effet, si la tête se trouve encore au-dessus de ce détroit, le forceps le lui fait traverser par le diamètre occipito-frontal, et lorsqu'elle y est déjà engagée, selon qu'elle est plus ou moins fléchie sur la poitrine, ce passage se fait avec des diamètres qui diffèrent entre l'occipito-frontal et le vertical et qui par conséquent sont toujours plus grands que ceux que fait passer le levier, qui la fait fléchir sur la poitrine.

3° On ne peut imprimer au forceps une direction parallèle à celle de l'axe du détroit supérieur. Pour que cet instrument pût diriger la tête selon l'axe de ce détroit, il devrait pouvoir être appliqué suivant la direction de cet axe et par conséquent aboutir à la partie inférieure et antérieure du sacrum. Mais le périnée, surtout chez les primipares, s'oppose toujours à ce qu'on porte cet instrument aussi loin en arrière, et pour ce motif, lorsque la tête sera encore située au-dessus de ce détroit, les tractions qu'on exercera sur elle, la porteront plus ou moins contre les pubis. Cet inconvénient de l'application du forceps sera encore

plus grand lorsque le détroit sera rétréci par la trop grande saillie du sacrum en avant, parce qu'alors l'axe de ce même détroit sera encore plus dirigé en avant, et par conséquent le forceps devra pouvoir être porté encore plus en arrière pour l'extraction de la tête selon la direction de cet axe. Aussi Desormeaux dit-il (ouvrage cité, article forceps, page 345) : « D'ailleurs, quand le bassin est mal conformé, la courbure de son axe est souvent fort augmentée et pour porter les cuillères à travers le cercle du détroit supérieur, il faudrait diriger les manches beaucoup plus en arrière que ne peut le permettre le bord antérieur du périnée. »

Aussi les auteurs qui regardent l'application du forceps au-dessus du détroit supérieur comme tellement difficile qu'ils aiment mieux pratiquer la version, ont-ils reconnu, comme on peut le voir dans le *Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine*, par M. Fabre, (tome IV, page 259, article forceps) : « Que, dans quelques circonstances, il est difficile d'appliquer le forceps, et que ces difficultés tiennent à l'étroitesse des organes génitaux, à la longueur et à la résistance du périnée, comme on le voit chez les primipares, parce qu'alors l'axe du détroit inférieur se trouve dirigé dans un sens opposé à celui du supérieur; que dans les cas où le bassin est affecté de vices de conformation, l'instrument se dévie et ne peut s'appliquer convenablement sur la tête; que celle-ci est trop mobile, que les cuillers la déplacent, la saisissent mal, et la laissent glisser lorsqu'on veut les serrer; que l'instrument, s'échappant alors pendant qu'on tire sur lui, peut contondre ou déchirer la matrice et le vagin; que si la tête est dirigée transversalement ou diagonalement, comme cela arrive à cette hauteur, il faut, pour la saisir par les pariétaux,

placer une branche en devant et une branche en arrière, afin qu'elles soient dirigées suivant l'axe du détroit supérieur, ce qui ne peut être exécuté sans distendre le périnée et repousser le coccyx avec violence et sans s'exposer à déchirer le col; que bien qu'on ait proposé de saisir la tête avec une main introduite dans les parties, et de lui faire exécuter un mouvement de rotation qui la ramène dans la direction du diamètre antéro-postérieur, on court le risque de porter cette torsion trop loin et de faire périr l'enfant; que quelle que soit la direction de la tête, l'extrémité des cuillers pressant seule sur les parties, elles peuvent non seulement contondre les téguments, mais encore briser les os du crâne, attendu qu'on est obligé d'exercer une pression considérable pour tenir une tête mal saisie. »

Il est vrai, on a recommandé d'abaisser l'occiput, de faire fléchir la tête sur la poitrine au moyen du levier et d'appliquer ensuite le forceps; mais si le levier peut exécuter cette flexion, ne fait-il pas justement ce qui se fait dans le mécanisme de l'accouchement naturel lorsque la tête traverse le détroit supérieur dans la première ou la deuxième position du vertex? Pour mieux le prouver, établissons ici un parallèle entre le mécanisme de l'accouchement naturel d'après M. Capuron (*Traité des Accouchements*, page 223) et l'action du levier des Français (*Ibidem*, page 515).

MÉCANISME.	LEVIER.
« Le travail imprime à la tête certains mouvements qui en facilitent beaucoup le passage; alors les contractions de la matrice, dirigées suivant l'axe du fœtus, forcent l'occiput à des-	« Ce n'est (le levier des Français) qu'un crochet mousse qui prend son point d'appui sur l'occiput, en opère la bascule et l'entraîne vers le centre du bassin. » Puis plus loin, même

cendre et le menton qui lui est opposé à remonter vers la poitrine comme par un mouvement de bascule. »

page : « L'unique but qu'on se propose en France avec le levier est d'agir sur l'occiput pour l'abaisser et pour faire remonter en même temps le menton vers la poitrine. »

Ainsi donc, en établissant ce parallèle entre le mécanisme de l'accouchement naturel, lorsque la tête traverse le détroit supérieur, et l'action du levier, on voit que par cet instrument on peut imiter complétement le mécanisme de l'accouchement naturel. Mais, dira-t-on, c'est le levier des Français : eh bien, quelque soit l'instrument avec lequel on puisse obtenir un résultat aussi favorable, il faudra l'adopter de préférence et surtout ne pas le changer de manière à ce qu'il puisse perdre ces précieuses qualités.

Au reste, on est généralement d'accord que pendant que la tête franchit le détroit supérieur, l'occiput descend et le menton remonte vers la poitrine, et que le levier, lorsque la tête ne se fléchit pas, peut faire descendre l'occiput et faire remonter le menton.

Pendant que le levier abaisse l'occiput, il dirige en même temps la tête selon la direction de l'axe du détroit supérieur, car cet instrument étant appliqué derrière le pubis, on n'a qu'à relever son manche pour porter la tête en arrière et en bas, et par conséquent selon la direction de l'axe de ce détroit.

Quoique je ne croie pas qu'on puisse accrocher l'occiput au moyen du levier sans faire descendre la tête et lui faire traverser le détroit supérieur, il est cependant bon d'ajouter, pour prouver en même temps qu'on peut extraire la tête au moyen de cet instrument, 1° que lorsqu'il est appliqué par sa concavité ou sa

courbure sur la convexité de la tête, celle-ci doit descendre dès que l'on fait un effort d'extraction avec cet instrument, et que, comme l'a dit Denman, on peut augmenter sa force extractive en augmentant sa courbure. 2° Le levier étant appliqué sous les pubis comme point d'appui et sur la tête comme point de résistance, il en résulte que, lorsqu'on fait un effort d'élévation avec cet instrument, la tête est déprimée et doit s'engager dans le détroit supérieur; car comme la partie supérieure du levier forme avec la partie supérieure du sacrum une espèce d'angle dont l'ouverture est tournée vers le bas, il en résultera que la tête, pressée par le levier, entrera dans le canal du bassin.

Ainsi, 1° de l'aveu même des adversaires du levier, on peut avec cet instrument abaisser l'occiput et relever le menton; 2° on peut imprimer à la tête une direction conforme à celle de l'axe du détroit supérieur; 3° en combinant les efforts d'extraction avec ceux d'élévation, on peut avec cet instrument produire un grand degré de force extractive.

De tout cela résulte qu'on fait passer la tête par le détroit supérieur justement comme dans le mécanisme de l'accouchement naturel.

Après des faits, nous allons ajouter encore d'autres motifs pour lesquels cet instrument mérite la préférence sur le forceps.

1° *Sous le rapport de la construction des instruments*. Le levier est un instrument simple, formé seulement d'un manche en bois et d'une lame en acier légèrement recourbée sur ses faces, tandis que le forceps est composé de deux branches assez larges, présentant diverses courbures.

2° *Sous le rapport de leur application*. Le levier est

facile à appliquer et lorsque la femme est maintenue en place, une seule personne suffit pour en faire l'application, tandis que le forceps étant composé de deux branches, il faut les introduire successivement et ensuite les réunir. Or, cette introduction et cette réunion des branches sont en général difficiles, douloureuses et durent longtemps lorsque le forceps doit être appliqué sur la tête avant qu'elle n'ait traversé le détroit supérieur et que celui-ci est rétréci d'avant en arrière. En outre, pendant que l'accoucheur introduit la seconde branche du forceps, une personne assez intelligente doit maintenir en place celle qui a été introduite la première et quelquefois, lorsque l'une ou l'autre branche ou toutes les deux se dérangent, il faut les retirer et les réappliquer. Pour tous ces motifs, je trouve bien juste l'observation de A. J. Rechberger, (*Bekendmaeking van eenen bezonderen hef-boom; uyt het hoogduytsch in het nederduytsch vertaeld, door* J. A. Roselt, page 52), lorsqu'il dit : « En ik heb menigmael in dusdanige gevallen met myne hef-boom de geboorte in veel korteren tyd voleynd, als dat er alleenelyk verheyscht wierd om de tang aenteleggen. »

3° *Sous le rapport de la hauteur à laquelle ces deux instruments doivent être introduits pour agir sur la partie qu'il faut extraire.* Lorsque la tête se présente dans la première ou la seconde position du vertex, qu'elle soit encore au-dessus du détroit supérieur, ou qu'on la trouve déjà engagée dans ce détroit, dans l'un et l'autre cas pour agir sur l'occiput, le levier doit à peine dépasser la hauteur du pubis, qui n'est en devant que d'un pouce et demi à deux pouces; par conséquent, en introduisant cet instrument à la hauteur de trois pouces, on parvient de suite à la partie

sur laquelle il doit être appliqué. Au contraire, l'application du forceps devant se faire selon les axes du bassin, il faut introduire ses branches à quatre ou cinq pouces de hauteur pour parvenir au-dessus du détroit supérieur. Si à cela on ajoute la longueur du diamètre suivant lequel cet instrument doit être appliqué sur la tête, diamètre qui varie suivant le degré de flexion de l'extrémité céphalique, on conviendra qu'introduire les deux branches du forceps à la hauteur de huit à neuf pouces et les y appliquer convenablement, n'est pas chose facile et qu'il n'y aura toujours qu'un petit nombre de praticiens qui sauront le faire d'une manière convenable. D'ailleurs, lorsque la tête se trouve au-dessus du détroit supérieur, elle est encore mobile, les cuillers la déplacent et la saisissent mal. Aussi M. FABRE dit dans le *Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine*, à l'article FORCEPS, page 259. « SAXTORPH et HERBINIAUX d'abord, puis LACHAPELLE, BOIVIN, DESORMEAUX et la plupart des auteurs modernes n'ont point adopté ces principes (de faire l'application du forceps sur la tête, lorsqu'elle est encore située au-dessus du détroit supérieur). Ils regardent l'application du forceps au dessus du détroit supérieur comme tellement difficile, qu'ils aiment mieux pratiquer la version. » Voici maintenant l'opinion de BURNS sur ce sujet (ouvrage cité, page 329): « It has, indeed, been proposed to increase the length of the forceps, so as to operate with them, whilst the greatest part of the head remained above the brim of the pelvis; but the practise is dangerous and difficult, in proportion to the height of the head. »

4° *Sous le rapport de la diminution des diamètres de la tête sous la pression des instruments.* Le levier agissant sur l'occiput pour faire passer la tête par le détroit

supérieur, lorsque c'est le diamètre sacro-pubien de ce détroit qui est rétréci, comme cela arrive le plus souvent, il en résulte que les parties de la voûte du crâne qui sont les plus larges et en même temps les plus réductibles, n'étant pas comprimées par l'instrument, peuvent s'étendre en tous sens là où il y a un espace libre, et se rétrécir par le chevauchement des os de la tête, là où elle doit traverser le point rétréci du bassin. Dans tous les cas l'action de l'instrument ne peut s'opposer à la diminution du diamètre avec lequel la tête traverse le détroit supérieur, et certes elle ne l'agrandira pas. Dugès (page 100, *Manuel d'obstétrique*) dit : « Dans tous les cas, la mobilité des os du crâne fait que par la pression chacun de ces diamètres peut diminuer de trois à quatre lignes, les autres augmentant en proportion. » Au contraire, le forceps ne peut qu'augmenter le diamètre de la tête qui doit traverser l'espace rétréci du bassin à cause de la pression qu'il exerce sur la boîte osseuse, surtout lorsqu'on l'applique sur les parties latérales du bassin. Herbiniaux (*Traité sur divers accouchements laborieux*, tome Ier, page 292) en avait déjà fait la remarque : « Les deux branches du forceps, dit-il, étant appliquées sur la tête aux deux côtés du bassin, leur premier effet est, sans contredit, de l'aplatir aux deux points de leur application, dès qu'on serre les manches de l'instrument ; d'où il résulte que le diamètre transversal de la tête, partant de l'endroit qui se trouve au-dessus de la symphyse du pubis, pour se terminer à celui qui touche l'os sacrum, s'allonge à mesure qu'elle s'aplatit, de sorte qu'alors la tête s'étend d'autant plus au-dessus des os pubis, que tout l'allongement que son diamètre transversal vient de recevoir se porte de ce côté, parce que l'os sacrum répond

contre sa pression à l'extrémité opposée de ce même diamètre. Ce principe étant incontestable, l'usage du forceps, tel qu'on l'applique ordinairement, me paraît moins propre à lever l'obstacle qui s'oppose à l'entrée de la tête dans ce détroit, qu'à l'augmenter, puisqu'il fait de plus en plus monter la tête sur la symphyse du pubis. »

L'observation suivante, intéressante sous un autre rapport, prouvera la vérité de ce que j'avance ici à l'égard du levier. L'épouse d'A...., âgée de trente ans, primipare, rachitique, me fit appeler vers la fin d'avril 1840 pour lui donner mes soins pendant son accouchement. A mon arrivée, elle me rapporta que depuis quatre heures elle avait de fortes douleurs et que depuis peu la poche des eaux était rompue. Le toucher me fit découvrir alors que l'orifice de l'utérus était complétement dilaté et que la tête se présentait dans la première position du vertex; cependant l'occiput était un peu tourné vers le côté gauche; l'angle sacro-vertébral faisait une saillie considérable dans le détroit supérieur et le réduisait à trois pouces. Pour abréger autant que possible cette observation, j'ajouterai que pendant les vingt-quatre heures suivantes, la femme eut des douleurs extrêmement fortes, mais qu'après cette époque elles allèrent en s'affaiblissant et que la tête resta constamment à la même place. J'eus recours au levier lorsque je vis la femme épuisée et sans douleur aucune, et je parvins à amener assez facilement la tête au dehors. L'enfant était déjà mort depuis quelque temps. La suite des couches fut si heureuse pour la mère, que huit jours après l'accouchement elle était complétement rétablie.

Cette femme devint de nouveau enceinte au commen-

cement de l'année suivante, et après une grossesse assez heureuse, elle commença à ressentir les vraies douleurs pendant la nuit du 3 au 4 octobre. Je trouvai par le toucher que la poche des eaux était rompue, que l'orifice de l'utérus était complétement dilaté, que la tête était presque située transversalement, de manière que l'occiput répondait au côté gauche, et que le rétrécissement du diamètre sacro-pubien était le même que dans l'accouchement précédent. Vers quatre heures de l'après-dîner, elle fut prise d'une oppression de poitrine et d'un point de côté à la partie gauche du thorax qui allèrent en augmentant jusqu'à cinq heures; je lui fis une forte saignée et les accidents diminuèrent beaucoup d'intensité sans cesser cependant entièrement. Les vraies douleurs, qui avaient été jusqu'alors très-violentes, s'affaiblirent de plus en plus et la tête resta à la même place. L'oppression de poitrine et le point de côté devinrent de nouveau aussi forts que la première fois : jugeant alors prudent d'employer le levier pour terminer l'accouchement, je fis placer la femme convenablement, et j'introduisis avec les précautions requises la lame de cet instrument derrière la branche gauche du pubis jusque sur l'occiput, de manière qu'elle fût presque transversalement placée sur lui; puis en faisant des efforts d'élévation et de traction sur le manche, je parvins, difficilement à la vérité, à faire passer la tête par le détroit supérieur, puis à l'amener tout à fait au dehors. Déjà en touchant la femme lors du passage de la tête par le détroit supérieur pour voir les progrès qu'elle avait faits, j'avais observé que l'un pariétal chevauchait beaucoup sur l'autre et que ces os s'aplatissaient en formant en quelque sorte un angle aigu. L'enfant était vivant, et en

l'examinant je trouvai que les os pariétaux étaient fortement aplatis et très-mobiles.

L'oppression de poitrine et le point de côté cessèrent peu de temps après l'accouchement et dès lors la mère et l'enfant continuèrent tous deux à se bien porter.

Ces observations sont aussi intéressantes sous un autre rapport : dans le premier cas, je n'ai appliqué le levier qu'après que la femme eût été pendant deux jours dans des douleurs bien violentes, mais l'enfant était mort; dans le second, j'ai dû terminer l'accouchement après dix-huit heures de travail à cause de l'oppression de poitrine et le point de côté : l'enfant était vivant.

Si ces accidents ne fussent pas survenus, j'aurais attendu jusqu'à ce qu'il y eût eu inertie de l'utérus, et alors il est bien rare de voir naître des enfants vivants (quelques femmes sont pendant plusieurs jours dans le travail le plus violent avant la cessation complète des douleurs). Pour ces motifs, ne serait-il pas convenable, lorsque le détroit supérieur est rétréci à ce point, de recourir plus tôt au levier, c'est-à-dire, avant la cessation complète des douleurs? Dans le premier cas on n'aurait à craindre que la compression momentanée de la tête de l'enfant; mais dans le second, outre la compression lente et graduelle de la tête, il y aurait à redouter encore celle plus ou moins prolongée du cordon ombilical, du placenta et des autres parties de l'enfant, tandis que chez la mère pourrait se développer l'inflammation et la rupture de l'utérus, etc. Notre dernière observation parle en faveur de la première opinion; car il est fort à présumer que l'enfant n'eût pas été vivant, si l'oppression de poitrine et le point de côté ne nous eussent mis

dans la nécessité de terminer l'accouchement. Au reste, tous les auteurs n'attendent pas l'inertie de l'utérus; car Burns dit, dans une pareille circonstance, ouvrage cité, page 330 : « When the (uterine) action flags, and there is no appearence of the fibres recruiting soon, when the woman is much fatigued, and perhaps the pulse frequent and feeble, we can gain no more from delay, we have ascertained what nature can, and what she cannot accomplish. » — Nous croyons aussi que par tout autre moyen que par le levier on n'aurait pas pu amener l'enfant vivant.

Cet instrument étant appliqué, fait revenir les douleurs, ou bien les augmente lorsqu'elles sont diminuées; mais comme le forceps produit le même effet, je crois qu'il est inutile d'en faire mention en faisait le tableau comparatif de leur action.

S'il est prouvé que l'emploi du levier est plus avantageux que celui du forceps lorsque le bassin est bien conformé, à plus forte raison mérite-t-il la préférence sur ce dernier lorsque le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur est rétréci par la saillie du sacrum (cas pour lequel il faut surtout recourir à l'emploi des instruments lorsque la tête n'a pas encore traversé le détroit supérieur) (1); car alors l'axe de ce détroit est plus projeté en avant que dans l'état normal, la tête souvent située transversalement et l'application du

(1) Je crois qu'à part les cas de rétrécissement du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, il est bien rare que l'on soit obligé ou qu'il soit permis de recourir à l'emploi de l'un ou de l'autre de ces instruments quand la tête est encore située au-dessus du détroit supérieur. Car lorsque le bassin est bien conformé et que la tête se trouve encore à cette hauteur, l'orifice de l'utérus n'est pas encore suffisamment ouvert pour employer les instruments s'il survient des

forceps encore plus difficile que lorsque le bassin est bien conformé.

Il n'est donc pas étonnant qu'on parvienne au moyen du levier à amener si facilement la tête de l'enfant lorsque le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur n'est pas trop rétréci, par exemple, depuis l'état normal, ou quatre pouces, jusqu'à trois (1). Eh bien, dans tous les cas dans lesquels le degré de rétrécissement de ce diamètre variait entre trois et quatre pouces, lorsque j'étais seul ou avec quelques-uns de mes confrères, dont je pourrais invoquer ici le témoignage, ou bien lorsque nous avions employé infructueusement le forceps pour dégager la tête (2), le plus souvent j'ai fait passer l'enfant aussi facilement, aussi promptement et aussi avantageusement pour la mère et pour l'enfant, au moyen du levier, que quand il s'agissait d'amener la tête de l'enfant au dehors avec le forceps lorsqu'elle était parvenue au détroit inférieur.

---

accidents (et il vaut beaucoup mieux alors faire la version), ou bien l'orifice de l'utérus est assez dilaté pour pouvoir les employer, et alors presque toujours la tête est déjà descendue dans l'excavation du bassin. Et combien de fois n'arrive-t-il pas que la tête soit déjà descendue dans l'excavation du bassin vers la fin de la grossesse, comme j'ai pu le constater tant de fois en examinant les femmes enceintes avant leur admission à l'hospice de la maternité de cette ville?

(1) Je sais qu'il est aussi impossible de fixer le degré de rétrécissement par lequel on peut amener la tête au dehors avec le levier que celui par lequel elle peut franchir ce détroit par les seuls efforts de la nature, parce que dans les deux cas cela doit différer d'après le volume de la tête de l'enfant, la mobilité de ses os, etc. J'ai fixé ici le maximum à trois pouces, parce que dans un cas où nous avons pu constater par l'autopsie cadavérique que ce diamètre ne présentait que trois pouces et trois lignes, j'ai amené la tête au dehors avec la plus grande facilité.

(2) S'il nous est arrivé dans ces cas de ne pouvoir extraire la tête avec le forceps, cela doit également arriver à d'autres accoucheurs. Eh bien, qu'alors ils aient recours au levier, et ils pourront l'appliquer avec le même succès que nous.

Aussi quel contraste entre l'application de ces deux instruments dans les cas de rétrécissement du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur quand la tête n'a pas encore traversé ce détroit! Celle du levier est alors aussi avantageuse que celle du forceps l'est peu, et tous les désavantages, tous les inconvénients qu'on a reprochés au forceps lui sont surtout applicables dans ces cas; car, comme alors on rencontre de grandes difficultés pour introduire et réunir les branches de cet instrument et surtout pour extraire la tête, on fait aussi de grands efforts pour surmonter les difficultés qu'on rencontre, et l'on occasionne des lésions notables aux parties de la mère et de l'enfant. C'est pour ces motifs que les partisans du forceps, étant obligés de convenir que l'on ne peut dans le cas de rétrécissement du bassin appliquer avantageusement cet instrument, préfèrent opérer la version. Dugès dit à ce sujet (*Manuel obstétrique*, page 222) : « Elle (l'application du forceps) est donc moins avantageuse que la version, qui réussit effectivement bien plus souvent à amener des enfants vivants (forceps moins de moitié; version les deux tiers). » Mais la version est déjà dangereuse pour l'enfant quand le bassin est bien conformé; combien ne doit-elle pas l'être davantage quand le détroit est rétréci, le cordon ombilical pouvant être comprimé pendant le passage de la tête par ce détroit et de fortes tractions sur le tronc étant d'ailleurs indispensables pour dégager la tête? Et combien plus dangereuse encore doit être l'application du forceps! Mais je ne crains pas de le dire, on peut amener beaucoup plus d'enfants vivants avec le levier que par la version. On peut concevoir qu'on recommande la version pour amener l'enfant au dehors quand le détroit supérieur

est tellement rétréci qu'on ne peut dégager la tête avec le levier, mais non pour amener plus d'enfants vivants; et il faut bien que la version ne soit pas aussi avantageuse dans ce cas, puisque Burns dit à ce sujet (*Principles of Midwifery*, page 334): « Turning is now abandoned. » D'ailleurs le professeur Dubois, au rapport de Me Boivin, disait dans ses leçons: « Il est rare que dans ces sortes de cas, l'on n'ait pas à regretter le parti qu'on a pris. »

Or si, d'après le témoignage de cet illustre accoucheur, des regrets doivent vous arriver pour avoir employé tous les moyens usités, à l'exception du levier, pourquoi du moment qu'il existe un instrument aussi sûr et aussi convenable, ne l'emploieriez-vous pas?

Enfin, quand on ne suivrait que le précepte d'appliquer le levier pour changer les positions défectueuses de la tête, il faudrait encore y avoir souvent recours dans les rétrécissements du diamètre sacro-pubien; car comme la tête s'adapte par ses diamètres à ceux du détroit supérieur rétréci par la saillie du sacrum, bien souvent elle est située transversalement, la partie plus étroite de l'ovale supérieur de la tête, ou sa partie antérieure, descend plus bas que l'occiput, la grande fontanelle est située presque au centre du détroit supérieur et de là la suture sagittale se dirige le plus souvent à gauche; or, voilà sans doute une position assez défectueuse pour employer le levier.

Mais, dira-t-on, faire passer la tête par le détroit supérieur, n'est pas encore l'extraire. Ceci est vrai; mais faire traverser à la tête un détroit ainsi rétréci, lorsque celui-ci est le principal obstacle à sa sortie, n'est-ce pas surmonter la plus grande difficulté? D'ail-

leurs, la tête après avoir traversé le détroit supérieur, peut être encore extraite par le levier, à moins qu'on ne préfère l'abandonner à la nature, ou même l'extraire avec le forceps.

Quant à l'application du levier, il est convenable de prendre les précautions suivantes :

1° La femme doit être placée à peu près de la même manière que lorsqu'on applique le forceps, excepté qu'elle doit être dans une position plus horizontale et que le siége ou les fesses doivent plus déborder le lit; si on néglige ces précautions, on s'expose à rencontrer de grandes difficultés pour introduire l'instrument.

2° On doit sonder la femme si elle n'a pas uriné.

3° Il faut chauffer le levier et l'huiler.

Alors saisissant l'instrument par le manche, de manière à ce que la concavité de la lame puisse s'adapter à la tête, on le porte près du périnée, et avec deux doigts de la main gauche, on conduit la lame jusqu'à l'orifice de l'utérus sous la branche gauche du pubis, si l'occiput est tourné à gauche, et sous la droite s'il est tourné vers ce côté. On l'introduit là, autant pour prévenir la compression de l'urètre que pour faciliter son introduction lorsqu'il y a un rétrécissement produit par la saillie du sacrum. On tâche de l'insinuer entre la paroi de l'utérus et la tête de l'enfant jusqu'à ce que la concavité de l'instrument réponde à l'occiput, et lorsqu'il est bien appliqué on attend les douleurs, pendant lesquelles il faut agir. On combine les efforts d'extraction avec ceux d'élévation, on les augmente en raison de la résistance qu'on rencontre, et on parvient ainsi à faire passer la tête par le détroit supérieur en abaissant l'occiput. Ensuite on lui fait subir son mouvement de rotation dans l'excavation du bassin, de manière que

l'occiput vienne se présenter sous l'arcade du pubis et on l'amène au dehors. Les mouvements que l'on fait subir à la tête de l'enfant doivent imiter ceux de l'accouchement naturel.

D'après cela on voit que le *mode opératoire* est ici plus compliqué qu'avec le forceps, parce que celui-ci ne doit qu'extraire la tête, tandis que celui-là doit l'extraire et en outre lui faire subir différents mouvements.

Le levier ne doit pas trop dépasser l'occiput, car il ne doit agir que sur cet os et non sur les parties molles; c'est pour ce motif qu'il faut le retirer à mesure que la tête descend.

En général, en prenant ces précautions, l'application du levier est facile, surtout quand il n'a que l'épaisseur d'une ligne et demie à deux lignes : le rendre beaucoup plus épais, serait se créer des difficultés inutiles pour avoir le plaisir de les vaincre.

Qu'il nous soit permis de citer ici quelques cas dans lesquels, après avoir inutilement tenté de délivrer les femmes par le forceps, nous avons réussi à terminer les accouchements avec le levier.

Observ. Ire. L'épouse d'Antoine Van de Velde, âgée de trente-quatre ans, primipare, bossue, boîteuse, d'une petite taille, présentant diverses courbures des os des jambes et des cuisses, ressentit, le 6 novembre 1834, les premières douleurs de l'enfantement qui, faibles d'abord, allèrent en augmentant jusque dans la matinée du 10 du même mois. Alors elles commencèrent à diminuer et devinrent de plus en plus faibles jusque dans l'après-dîner du 11. Jusqu'alors M. Janson, père, accoucheur très-expérimenté, et Ide Bruggeman, sage-femme, avaient visité de temps en temps la susdite

personne et avaient trouvé par le toucher qu'il y avait un rétrécissement considérable du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur. Comme on devait s'attendre à un accouchement difficile, M. Janson proposa une consultation. J'y fus appelé et j'y appris les détails qui précèdent. Je trouvai l'orifice de l'utérus complétement dilaté; l'enfant se présentait dans la première position du vertex au détroit supérieur, et y était fort peu engagé; l'angle sacro-vertébral faisait une saillie considérable, au point de réduire le diamètre sacro-pubien à trois pouces de largeur. Pour le reste, si l'on excepte la cessation presque complète des vraies douleurs, l'état de la femme était assez satisfaisant; elle n'avait que peu de fièvre et ne souffrait pas beaucoup du ventre. Après avoir prescrit ce qu'il y avait de plus convenable à faire, nous convînmes de revenir vers onze heures du matin. Comme alors les vraies douleurs avaient entièrement cessé et que la femme restait dans le même état, nous nous décidâmes à employer le forceps pour terminer l'accouchement, parce que mon confrère, étant grand partisan de cet instrument, s'en était dans tous les cas exclusivement servi.

M. Janson appliqua le forceps selon les règles de l'art, mais il ne parvint que difficilement à introduire et surtout à réunir les deux branches de cet instrument. Il tira d'abord aussi fort et aussi longtemps qu'il le put; à mon tour j'en fis autant, et lorsque je fus dans l'impossibilité de faire des tractions ultérieures, nous trouvâmes par le toucher que la tête restait encore à la même hauteur. Désireux de prouver à mon confrère l'inutilité du forceps dans ce cas, je répétai avec lui les mêmes tractions aussi fortement et aussi long-

temps que possible, jusqu'à ce qu'à la fin le forceps s'échappât. Le toucher nous apprit alors que la tête, malgré tous nos efforts, n'était pas descendue. Mon confrère se rappelant alors que dans de pareilles circonstances j'étais parvenu à délivrer (1) au moyen du levier deux femmes qu'il n'avait pu délivrer avec le forceps, me fit la proposition d'employer cet instrument, ce que je fis aussitôt, d'autant plus que nous étions convaincus tous les deux que nous ne pouvions obtenir aucun résultat favorable de la réapplication du forceps.

Cet instrument fut introduit d'après les règles décrites plus haut. Je dois noter comme particularité, que dans les efforts de traction que j'exerçai sur la tête, l'instrument glissa d'abord de l'occiput; mais après l'avoir réappliqué sur la même partie, je l'y tins si bien, que par mes efforts d'élévation et de traction, la tête traversa d'abord le détroit supérieur ; puis en les continuant elle fut amenée au dehors dans l'espace de quelques minutes. Ainsi, après tant d'efforts infructueux faits avec le forceps, je parvins à terminer l'accouchement avec le levier , facilement, en fort peu de

---

(1) M. Janson, père, me fit appeler le 13 décembre 1828, auprès de la femme Van Doeveren, demeurant rue St-Liévin, n° 102, qui, étant depuis huit jours en travail, n'avait pu être délivrée au moyen du forceps, et dont je parvins à terminer assez facilement l'accouchement au moyen du levier. Ici la difficulté provenait de la grosseur de la tête de l'enfant et de sa mauvaise position dans l'excavation du bassin. —Il me fit encore appeler pendant le mois d'août 1829, auprès d'une femme dont le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur était très-rétréci par la saillie de l'angle sacro-vertébral et chez qui l'enfant présentait la face. Dans ce cas nous ne pûmes également extraire la tête avec le forceps et je fus assez heureux pour amener l'enfant vivant au moyen du levier.

temps et sans occasionner la moindre lésion soit à la mère, soit à l'enfant.

L'enfant était volumineux et mort seulement depuis peu de temps, car il n'était pas putréfié. Je trouvai, en mesurant les diamètres de la tête, que le transverse ou bi-pariétal mesurait trois pouces trois-quarts, l'occipito-frontal quatre pouces et demi, et l'occipito-mentonnier cinq pouces et un quart; que les branches du forceps avaient été appliquées à peu près selon le diamètre occipito-frontal de la tête, de manière cependant qu'à droite la branche avait été appliquée plus haut, sur la bosse frontale qui était mise à nu par l'enlèvement de la peau, et qu'à gauche l'autre branche avait fait une impression profonde à la peau : le levier n'avait pas laissé la moindre trace de son application.

Observ. II. A quelque temps de là, je fus appelé chez l'épouse de ....., demeurant rue des femmes en cette ville, en travail de son premier enfant, et auprès de laquelle je trouvai MM. les docteurs De Brabant et Precèle. Les douleurs duraient depuis plus de vingt-quatre heures, et nous constatâmes par le toucher que la poche des eaux était déjà rompue, que la tête de l'enfant était engagée dans le détroit supérieur et se présentait dans la première position du vertex; qu'en outre le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur ne mesurait qu'à peu près trois pouces. Les douleurs étaient considérablement diminuées. Nous fûmes d'avis de recourir à l'emploi des instruments pour délivrer la femme. Mes confrères, plus familiarisés avec le forceps, proposèrent l'usage de cet instrument. En conséquence, M. le docteur De Brabant se chargea d'en faire l'application; mais l'introduction et la réunion des branches

furent très-difficiles et très-douloureuses pour la mère. Enfin, l'instrument étant bien appliqué, chacun de nous fit des tractions aussi fortes qu'il put; mais voyant que, malgré tous nos efforts, la tête ne descendait pas, je proposai à mes confrères d'appliquer le levier: cette proposition ayant été agréée, je parvins au moyen de cet instrument à terminer l'accouchement en moins de dix minutes sans le moindre accident.

Observ. IIIe. Mademoiselle ....., âgée de trente ans, rachitique, primipare, ressentant les premiers signes du travail dans la soirée du 23 décembre 1840, se confia aux soins d'une sage-femme. On découvrit par le toucher que l'orifice de l'utérus était souple, dilatable et offrait douze à quatorze lignes de diamètre, et qu'en outre il y avait un rétrécissement considérable du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur. La femme continua à avoir d'assez fortes douleurs jusqu'à neuf heures du soir : alors l'orifice de l'utérus étant complétement dilaté, on déchira les membranes et on sentit que la tête de l'enfant, encore située au-dessus du détroit supérieur, se présentait dans la première position du vertex. Après la rupture des membranes, les douleurs allèrent en diminuant jusques vers le matin. Dans la matinée du 24, on me manda et je pus vérifier par moi-même l'exactitude des détails que l'on m'avait fournis tant sur la position de la tête de l'enfant que sur le rétrécissement du détroit supérieur. J'observai que les douleurs étaient très-faibles, que le ventre de la femme était légèrement douloureux et que le pouls était assez fort. Je lui fis faire une saignée; vers le soir, son état étant encore le même, j'ordonnai un demi-bain. Mais l'orifice de l'utérus devint plus rigide

et plus étroit, de sorte que vers onze heures du soir, il n'offrait plus que six lignes de diamètre. La femme continua à rester dans le même état jusqu'au matin du 26, nonobstant l'administration des bains et une seconde saignée; et les douleurs ayant cessé presque entièrement, on lui administra une demi-drachme de seigle ergoté, divisée en trois paquets, dont elle prit une dose toutes les demi-heures. Peu de temps après l'administration du dernier paquet, les douleurs devinrent plus fortes et l'orifice utérin commença de nouveau à s'ouvrir; sa dilatation complète eut lieu vers cinq heures de l'après-dîner. Comme la femme était fortement épuisée par la longueur du travail, que le pouls était fébrile et le ventre douloureux, que les douleurs ne faisaient pas descendre la tête, je me décidai à délivrer la femme au moyen du forceps. L'introduction des branches de cet instrument et leur réunion surtout furent fort difficiles. Je fis les tractions aussi longtemps que je pus et je cédai ensuite l'instrument à la sage-femme qui en fit autant que moi. Elles furent continuées et répétées pendant un temps assez considérable sans faire descendre la tête. A la fin le forceps s'échappa, et comme c'était une primipare, il produisit une déchirure assez profonde du périnée. En touchant alors la femme, j'observai que malgré nos tractions la tête était restée toujours à la même place. Je me décidai donc à appliquer le levier, et au bout de quelques minutes l'accouchement fut terminé.

L'enfant était mort depuis peu de temps : il était extrêmement volumineux, car il pesait quatre kilogrammes et demi et avait la longueur de vingt et un pouces.

La femme était très-mal et succomba quelque temps après l'accouchement. Je ne pus assister à l'autopsie du cadavre ; mais on en a conservé le bassin qui présente les particularités suivantes : le petit bassin est rétréci dans presque toutes ses dimensions, l'angle sacro-vertébral est très-proéminent et déjeté à gauche; la partie postérieure de la symphyse pubienne offre une saillie osseuse longue de deux à trois lignes.

En mesurant les diamètres 1° du détroit supérieur, je trouve pour le sacro-pubien. . . 3 pouces 2 lignes.

L'iliaque ou le transverse. . . . 4 » 7 »

L'oblique, allant de l'articulation sacro-iliaque gauche à l'éminence ilio-pectinée droite . . . . 4 » et demi.

Et l'autre oblique. . . . . 4 » 2 lignes.

La distance entre l'angle sacro-vertébral et l'éminence ilio-pectinée droite est de trois pouces et demi, et entre ce même angle et l'éminence gauche elle est de deux pouces trois quarts.

2° De l'excavation pelvienne, je trouve pour l'antéro-postérieur . . 4 pouces.

Le transverse. . . . . 4 »

3° Du détroit inférieur, je trouve que

L'antéro-postérieur ou le coccy-pubien mesure . . . . 3 » 2 lignes.

Le transverse. . . . . 3 » 3 »

Et chaque oblique . . . . 3 » 4 »

Le coccyx est très-mobile, les os qui forment l'arcade pubienne sont très-rapprochés et représentent la forme de celle de l'homme.

Voilà la relation exacte de trois cas dans lesquels, après avoir employé inutilement le forceps, je suis

parvenu à terminer heureusement les accouchements avec le levier; et si nous comparons entre eux la manière dont l'application de ces instruments s'est faite, ainsi que les résultats que nous avons obtenus de leur emploi, nous trouvons que

1° L'application du levier était facile.	1° L'introduction et la réunion des branches du forceps étaient extrêmement difficiles et douloureuses.
2° L'extraction de l'enfant s'est faite d'une manière prompte, facile et avantageuse pour la mère.	2° Des tentatives infructueuses, faites au moyen de cet instrument pour extraire la tête, ont causé de fortes douleurs à la mère.

Je pourrais ajouter plusieurs autres observations où dans de pareilles circonstances, je me suis servi avec le même succès de cet instrument, soit en y ayant recours de suite, soit après avoir employé le forceps. Je ferai observer qu'en général dans ces cas, depuis que je suis convaincu des avantages que le levier présente, je n'emploie plus que lui.

Il faut avoir vu appliquer le levier pour pouvoir croire à la facilité, à la promptitude avec lesquelles il termine le plus souvent les accouchements. D'ailleurs, ce qui convaincra peut-être plus que tout ce que je pourrais dire à ce sujet, c'est que je suis toujours prêt, le cas échéant, à prouver par des faits la vérité de ce que j'avance.

Quelques-uns de mes confrères ont employé le levier avec le même succès dans des circonstances tout à fait identiques, comme on peut le voir par le cas suivant qui m'a été rapporté par une personne digne de

foi. Un accoucheur de cette ville fut appelé auprès d'une femme en travail chez qui il existait un rétrécissement assez considérable du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, produit par la proéminence du sacrum et où l'enfant se présentait dans la première position du vertex. Comme, malgré les plus fortes douleurs, la tête ne parvenait pas à traverser le détroit supérieur, il eut recours au forceps pour l'extraire : mais malgré les tractions les plus fortes, elle ne descendit pas, et lorsqu'enfin il se fut épuisé en efforts inutiles, il fit appeler un second accoucheur qui parvint au moyen du levier à amener promptement et facilement la tête au dehors.

Des auteurs, tels que A. J. Rechberger, rapportent également quelques cas, où dans de pareilles circonstances, n'ayant pu faire passer la tête par le détroit supérieur au moyen du forceps, ils y ont réussi facilement par le levier.

D'autres accoucheurs ont employé le levier avec le même succès dans des cas semblables. Nous nommerons en premier lieu Roonhuysen, De Bruyn, Ruysch, etc., qui ont fait usage de cet instrument pour dégager la tête dans l'enclavement qui a particulièrement lieu au détroit supérieur. 2° Herbiniaux dit (page 289): « Mon levier est en pareil cas (lorsque le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur est rétréci) l'instrument le plus convenable pour amener la tête dans le petit bassin. » 3° Salomon (*Handleiding tot de Verloskunde*, tweede deel, § 256) : « De aanwijzingen tot het gebruik van den hefboom zijn bij den eersten trap van beklemming van het hoofd, ter ondersteuning van de natuurkrachten bij hare pogingen om het hoofd uit de beklemming te brengen. 4° Burns (ouvrage cité,

page 329) : « The lever may be applied, and safely acted with, when only a third part of the head has entered the pelvis, and consequently before the forceps can be advantageously employed. »

Desormeaux, comme nous l'avons déjà vu plus haut, a également employé une branche du forceps comme levier, et a réussi à faire passer la tête par le détroit supérieur.

M. Velpeau ne rejette pas l'usage du levier, car il dit en terminant l'article de cet instrument (*Traité élémentaire de l'art des Accouchements,* page 792) : « Je suis heureux d'ailleurs de m'accorder presqu'en tout pour cette doctrine avec M. Desormeaux. »

Et quelle preuve plus convaincante de la supériorité du levier sur le forceps pourrait-on produire que celle qu'en rapporte Desormeaux : dans un cas de rétrécissement du détroit supérieur où la tête se présentait transversalement, il n'employa pas cet instrument comme forceps, mais il en prit une branche et s'en servit comme levier. Eh bien, quelque défectueux que soit l'emploi de cette branche comme levier, il parvint à dégager la tête au moyen de cet instrument.

Nous allons nous occuper de quelques difformités du bassin où l'emploi du forceps est encore moins convenable et où, au contraire, le levier peut facilement amener la tête de l'enfant au dehors.

Le détroit supérieur du bassin peut non seulement être rétréci par la saillie du sacrum, mais il peut encore présenter des difformités qui empêchent que l'accouchement ne se fasse par les efforts de la nature, et alors souvent on est obligé de recourir aux instruments pour le terminer. Or, comme le forceps

est un instrument composé de deux branches assez larges, courbées selon la direction du canal d'un bassin normal, il en résulte, que, pour peu que le bassin soit difforme, l'application en deviendra sinon impossible, du moins extrêmement difficile. Au contraire, le levier étant un instrument simple, étroit, d'un plus petit volume, pourra être facilement appliqué pour extraire la tête.

Comme la description de toutes ces difformités nous mênerait trop loin, nous allons nous borner à décrire celles dont nous conservons les bassins et sur lesquelles nous n'avons pu réussir à appliquer le forceps, soit en le faisant de différentes manières, soit en variant les positions de la tête, et où au contraire l'application du levier a pu fort bien se faire. Tels sont les cas suivants :

1° Lorsque le diamètre sacro-pubien est rétréci par la saillie du sacrum et qu'en même temps l'éminence iléo-pectinée gauche est beaucoup plus rapprochée de l'angle sacro-vertébral que la droite : car alors la tête est poussée en avant par la saillie du sacrum et le forceps est porté en arrière par l'éminence iléo-pectinée.

2° Lorsque l'angle sacro-vertébral et la partie inférieure de la colonne vertébrale sont tellement projetés en avant qu'ils sont presque situés au-dessus des pubis: alors il existe en même temps une très-grande obliquité antérieure de l'utérus. Dans ce cas, il faudrait introduire le forceps verticalement en haut pour pouvoir l'appliquer sur la tête.

3° Lorsque la partie inférieure de la colonne vertébrale et la partie supérieure du sacrum sont fortement déjetées à droite et que la partie inférieure du bassin,

au contraire, est dirigée à gauche. Alors la tête de l'enfant étant située à gauche du détroit supérieur, il devient impossible d'appliquer convenablement le forceps.

4° Lorsque de grandes excroissances osseuses se sont formées au-devant des articulations sacro-iliaques, l'application du forceps peut devenir difficile ou impossible.

Ainsi donc, en résumant les avantages que présente le levier sur le forceps, nous trouvons 1° qu'il amène la tête par le détroit supérieur selon le mécanisme de l'accouchement naturel; 2° que c'est un instrument simple, facile à introduire et à appliquer; 3° qu'il parvient de suite à la hauteur de la boîte osseuse sur laquelle il doit agir; 4° qu'il permet à la tête de se rétrécir dans le sens où se trouve un obstacle ou un rétrécissement, et de s'étendre là où il y a un espace libre. Au contraire, le forceps ne possède presque aucun de ces avantages, ou du moins il ne les offre qu'à un moindre degré.

Avant de terminer, il me reste une dernière observation à faire; c'est qu'en présentant ce mémoire, j'ai tâché d'éviter tout ce qui pourrait donner lieu à des débats violents sur la prééminence de l'un ou de l'autre de ces instruments. J'ose espérer que la discussion qui pourra s'engager sur cet objet, au lieu de dégénérer en polémique acerbe, restera tout à fait scientifique.

Pendant l'intervalle qui s'est écoulé entre la séance du mois de juin et celle de juillet, j'ai été appelé auprès

de cinq femmes en travail, dont le degré de rétrécissement du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur variait entre deux pouces et trois quarts et trois pouces et un quart.

La première, rachitique, primipare, était depuis trois jours en travail, lorsque les douleurs cessèrent complétement. La tête, encore située au-dessus du détroit supérieur, se présentait dans la première position du vertex, et le diamètre sacro-pubien de ce détroit était réduit à trois pouces et quelques lignes par la saillie de l'angle sacro-vertébral. Mon confrère, M. le docteur De Nobele, fit l'application du forceps et tâcha au moyen de cet instrument d'extraire la tête de l'enfant; mais malgré tous ses efforts, il ne put y réussir.

On vint me chercher alors, et nous répétâmes infructueusement les mêmes tractions aussi longtemps que nous le pûmes. Après ces tentatives, nous eûmes recours au levier, avec lequel nous parvînmes à amener au dehors un enfant déjà mort depuis quelque temps.

Dans le deuxième cas, je fus appelé avec un autre confrère auprès de l'épouse de H. K., à Tronchiennes, qui en était déjà au neuvième accouchement, mais dont tous les enfants étaient mort-nés, excepté un seul, très-petit, qui n'avait survécu que peu de temps à sa naissance. Lors de mon arrivée, cette femme était déjà depuis dix heures en travail et nous pûmes constater par le toucher que la tête était presque transversalement située au-dessus du détroit supérieur, dont le diamètre sacro-pubien ne dépassait pas la largeur de trois pouces par suite de la saillie considérable de l'angle sacro-vertébral : en outre les douleurs avaient complétement cessé. Nous jugeâmes convenable de recourir à l'emploi du levier et nous réussîmes à

extraire un enfant vivant, assez volumineux et présentant une dépression de la bosse frontale droite qui disparut peu de temps après la naissance. La femme et l'enfant continuèrent à se bien porter.

La troisième femme était âgée de dix-neuf ans, rachitique et primipare. Ici l'angle sacro-vertébral faisait une saillie si considérable, que le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur n'avait que la largeur de deux pouces et trois quarts. Comme le travail durait depuis neuf jours et que tous les signes de la mort de l'enfant existaient, les médecins avec lesquels je me trouvais, ne jugèrent pas convenable de recourir au levier, mais préférèrent de faire la crâniotomie et puis d'extraire l'enfant. La femme se rétablit fort bien.

Le quatrième cas est relatif à une femme qui avait accouché huit fois très-facilement, mais qui, après le dernier accouchement, avait été atteinte d'une ostéomalacie qui avait eu pour résultat de produire la saillie de l'angle sacro-vertébral, et par là une difficulté très-grande pour terminer le neuvième accouchement. Enfin dans le 10me, après un travail de huit heures, il survint une hémorrhagie abondante pour laquelle on fit chercher mon confrère, M. le docteur Lybaert, qui à son tour me fit appeler. Je pus constater que la tête se présentait de la même manière que dans la seconde observation; que le diamètre sacro-pubien était réduit à trois pouces; et qu'en même temps, à cause de l'hémorrhagie, il y avait urgence de terminer l'accouchement. J'eus donc recours au levier et je parvins, au bout de cinq à six minutes, à amener au dehors un enfant vivant, très-volumineux. La femme et l'enfant continuèrent à se bien porter.

Dans le cinquième cas, je fus appelé par la sage-

femme de Zeeverghem, auprès de l'épouse de... J'y appris les particularités suivantes. Cette femme après être accouchée trois fois très-facilement, eut ensuite deux accouchements très-difficiles, parce que la saillie de l'angle sacro-vertébral était beaucoup augmentée. Pendant les sept derniers mois de sa sixième grossesse, une affection rhumatismale ou plutôt une ostéomalacie l'avait obligée de garder sa chambre. Maintenant elle était depuis trois jours dans le travail. Je pus constater par le toucher que le rétrécissement du détroit était à peu près le même que dans le quatrième cas, et que les douleurs avaient complétement cessé. L'extraction de la tête se fit plus difficilement au moyen du levier que dans les cas précédents. L'enfant était déjà mort.

Si les adversaires du levier voulaient procéder de bonne foi dans la recherche de la vérité, nous les engagerions à venir examiner ces cas afin qu'ils pussent constater par eux-mêmes par quel degré de rétrécissement du détroit supérieur nous amenons la tête de l'enfant au dehors, et que si le travail n'a pas duré trop longtemps nous avons des chances d'avoir des enfants vivants.

Ce ne serait pas un hors-d'œuvre que de comparer ce que font dans des cas de rétrécissements du genre de ceux que nous avons signalés, les auteurs qui ne se servent pas du levier.

Dugès dit (page 221, ouvrage cité) : « Depuis trois pouces et demi, jusqu'à trois pouces et un quart, et même trois pouces (version). — Forceps ou version. » Plus loin Ibidem : « Depuis trois pouces et un quart (ou trois pouces), jusqu'à deux pouces trois quarts et quelquefois jusqu'à deux pouces et demi. — Symphy-

séotomie (enfant vivant), ou crâniotomie (enfant mort). »

Ainsi dans le premier cas, nous employons le levier là où ils ont recours au forceps ou à la version, et dans le second, nous extrayons le plus souvent l'enfant vivant avec le levier là où ils doivent recourir à la symphyséotomie ou à la crâniotomie.

Il serait intéressant de savoir si dans les pays où les maladies des os sont plus fréquentes, comme chez nous, en Angleterre et en Hollande, il ne faut pas recourir plus souvent aux instruments pour des rétrécissements du détroit supérieur que pour l'inertie de l'utérus. Cette différence de causes expliquerait les motifs pour lesquels on a aussi accordé la préférence au levier dans ces pays, tandis que là où les maladies des os sont moins fréquentes et où par conséquent la tête peut descendre jusqu'au détroit inférieur, le forceps est plus usité.

Au commencement de notre pratique il nous est souvent arrivé de recourir au forceps dans des cas de dystocie ayant pour cause le rétrécissement du diamètre sacro-pubien : dans bien des cas nous avons eu des insuccès, comme cela est arrivé à plusieurs de nos confrères. Ce sont ces insuccès qui nous ont déterminé à employer le levier dans des cas analogues, et comme nous n'avons cessé de le répéter, nous n'avons eu, depuis, qu'à nous louer de notre manière d'envisager la question.

DE L'EMPLOI RATIONNEL

DU

FORCEPS ET DU LEVIER.

(DEUXIÈME MÉMOIRE).

DE L'USAGE DU FORCEPS ET DU LEVIER DANS LA PREMIÈRE ET LA DEUXIÈME POSITION DU VERTEX, LORSQUE LA TÊTE EST DESCENDUE AU DÉTROIT INFÉRIEUR.

Quand la tête est descendue aussi bas, et qu'on doit recourir aux instruments pour l'extraire, alors il vaut mieux employer le forceps que le levier pour l'amener au dehors.

Les motifs pour lesquels il convient dans ce cas de donner la préférence au premier de ces instruments, sont : 1° la construction avantageuse du forceps et 2° la bonne position de la tête.

Quant au premier motif, le forceps, qui est une espèce de pince destinée à saisir et à extraire la tête, est aussi avantageusement construite que possible pour remplir cet usage. Les cuillers présentent deux courbures, dont l'une sur les faces s'accommode à la forme arrondie de la tête du fœtus, et l'autre sur les bords se met en rapport avec la direction de l'axe courbe de

l'excavation pelvienne. Cet instrument ne peut être construit plus avantageusement pour extraire la boîte osseuse; car en le disposant ainsi, on l'a moulé en quelque sorte sur la forme de la tête et sur la direction de cet axe.

Le second est la bonne position de la tête de l'enfant. Quand, dans ces positions, par le mécanisme de l'accouchement naturel, elle est parvenue au détroit inférieur, elle a subi ses mouvements de flexion et de rotation et elle vient se présenter de manière que son diamètre sous-occipito-bregmatique répond au diamètre coccy-pubien du détroit inférieur, et le bi-pariétal au bis-ischiatique, et que le diamètre occipito-mentonnier est en rapport avec l'axe de ce même détroit. Par conséquent l'extrémité céphalique vient se présenter de la manière la plus avantageuse pour traverser le détroit inférieur.

Donc s'il devient nécessaire de recourir aux instruments pour extraire la tête, lorsqu'elle se présente aussi avantageusement, alors il vaut mieux employer le forceps que le levier pour l'amener au dehors, parce que le premier instrument étant une espèce de pince ou un instrument extracteur, il extrait la boîte osseuse, telle qu'elle est saisie. Or, cet instrument pouvant être appliqué selon la direction du diamètre occipito-mentonnier, il la fait passer par le détroit inférieur avec ses plus petits diamètres et en même temps selon la direction de l'axe de ce détroit, par conséquent de la manière la plus avantageuse. Le levier, au contraire, étant un instrument extracteur et modificateur, pourrait changer ces petits diamètres en de plus grands, ou bien faire dévier la tête de sa bonne direction.

Si déjà, pour ces motifs, le forceps mérite la préfé-

rence sur le levier et s'il est alors employé si avantageusement, on peut encore ajouter que l'emploi de cet instrument devient utile, parce que la tête est descendue très-bas; car alors le forceps ne doit pas être introduit profondément, et pour ce motif il peut être appliqué plus facilement, et les lésions, que l'on pourrait occasionner aux parties molles de la mère sont moins dangereuses que celles que l'on pourrait produire, en l'appliquant au détroit supérieur. En outre, Smellie (t. Ier, p. 274) observe que « plus la tête est avancée dans le bassin, plus il est aisé de l'amener avec le forceps; parce qu'alors de ronde qu'elle était, elle devient oblongue à mesure qu'elle est chassée par les douleurs du travail. »

C'est aussi pour tous ces motifs que l'on doit considérer ce cas comme le plus simple, le plus facile, le plus avantageux et en même temps le plus fréquent de ceux où l'on doit recourir à l'emploi du forceps et qu'il faut y ramener toutes les déviations de la première et de la seconde position du vertex, lorsque la tête traverse le détroit inférieur.

L'observation suivante prouve que cet instrument peut, dans ce cas, être employé avec le plus grand succès.

Marie M..., âgée de trente-quatre ans, primipare, d'une constitution assez robuste, commença à ressentir les vraies douleurs dans la matinée du 13 juin 1842 et me fit appeler vers midi pour l'aider dans son travail. Lors de mon arrivée, je constatai, par le toucher, que l'orifice de l'utérus était complètement dilaté, que les membranes étaient rompues et que l'enfant se présentait dans la première position du vertex. La femme continua, pendant le reste de la journée,

à avoir des douleurs assez fortes qui amenèrent la tête au détroit inférieur. Mais vers neuf heures du soir les contractions utérines allèrent en s'affaiblissant et cessèrent complètement vers minuit. Comme aucun accident grave ne se manifesta, je jugeai convenable de remettre l'application du forceps jusqu'à trois heures du matin. Alors la femme restant dans le même état, j'appliquai cet instrument avec les précautions requises et je parvins à extraire assez facilement l'extrémité céphalique, sans produire la moindre lésion à la mère ni à l'enfant. Celui-ci était très-volumineux et il commença à crier de suite après la naissance.

Cette observation confirme tout ce que nous avons dit de l'emploi avantageux de cet instrument dans ce cas. Je crois d'ailleurs qu'il serait difficile d'inventer un instrument plus convenable que le forceps pour extraire alors la tête de l'enfant, car l'art a atteint le degré de perfection auquel il peut arriver, puisque au moyen de cet instrument, on peut, dans ces cas, délivrer la femme sans produire plus de lésions à la mère et à l'enfant, que lorsque celui-ci est expulsé par les seuls efforts de la nature.

Maintenant nous allons indiquer la manière d'employer le forceps dans ce cas.

D'abord, il faut donner une position convenable à la femme. La meilleure est celle dans laquelle on la place en travers sur son lit, en soutenant la tête et les épaules par des oreillers et en faisant appuyer le sacrum sur le bord libre du lit, qui doit être arrangé de manière que le siége ne puisse s'enfoncer (ce qui s'obtient le plus convenablement, en plaçant une planche entre les deux matelas). Deux aides maintiendront la femme sous les aisselles, deux autres lui tien-

dront les jambes à demi fléchies et écartées, et tous les quatre auront soin de la tenir immobile pendant l'opération.

On doit aussi chauffer convenablement chaque cuiller et l'oindre d'un corps gras, etc.

Lorsque la femme est ainsi placée, on introduit, pendant l'intervalle des douleurs, l'index et le médius de la main droite jusqu'à la partie gauche de l'orifice de l'utérus; on saisit la branche mâle de la main gauche comme une plume à écrire (1), au-dessus de la partie articulaire; on la place de manière que le crochet mousse réponde à l'aine droite de la femme; on fait glisser la cuiller sur la face palmaire de la main droite, entre l'orifice de l'utérus et la tête de l'enfant. En introduisant la branche, on lui fera décrire deux mouvements, l'un par lequel on la porte d'avant en arrière pour la mettre en rapport avec la direction des axes du bassin, d'abord du détroit inférieur, puis du supérieur (2); l'autre par lequel on la porte du côté droit vers la ligne médiane, afin de l'accommoder à la rondeur de la tête de l'enfant. Pour bien exécuter ces deux mouvements, on doit, à mesure qu'on enfonce la branche, abaisser le crochet et le diriger peu à peu de l'aine droite entre les cuisses de la femme. Dans ces cas, comme la tête est descendue si bas, la cuiller ne doit être introduite qu'à la profondeur de

---

(1) Comme l'application de cet instrument est assez facile dans ce cas, on peut saisir les branches de cette manière, mais si l'on éprouvait des difficultés à les introduire, il faudrait, comme l'indique M. Moreau (ouvr. cité, t. II, p. 278): « Tenir chaque branche comme on saisit un bistouri, avec lequel on se propose de faire une incision. »

(2) Et par conséquent elle sera appliquée dans la direction du diamètre occipito-mentonnier de la tête.

quatre à cinq pouces. On doit aussi observer le précepte recommandé par Moreau (ouvrage cité, t. II, p. 278) : « Une fois que l'extrémité du forceps a quitté la main qui lui servait de conducteur, on a soin de la faire glisser en rampant sur la tête, toujours en ramenant l'instrument de dehors en dedans. »

Lorsque la première branche est bien placée, on la confie à un aide intelligent qui la maintient en place pendant qu'on applique l'autre. A cette fin on porte l'index et le médius de la main gauche jusqu'à la partie droite de l'orifice de l'utérus, et après avoir pris la branche femelle, on la place au devant de la première et on l'introduit avec les mêmes précautions que la précédente, excepté qu'on dirige le crochet mousse de l'aine gauche entre les cuisses de la femme.

Chaque branche doit être introduite d'une manière douce et lente, sans faire des efforts violents ou brusques, et comme le dit Burns, ouvrage cité, page 538, en appliquant le forceps ou le levier : « Slow, persevering, careful trials, must be made. » Si ces pressions modérées ne suffisent pas pour les faire pénétrer, au lieu de les pousser avec plus de force, on retire un peu l'instrument et on tâche de rechercher la nature de l'obstacle. Il est produit quelquefois par les plis du cuir chevelu de la tête de l'enfant ou des parties molles de la mère; dans ce cas on doit imprimer quelques mouvements latéraux ou de vacillation à la branche. D'autres fois la progression de l'instrument est empêchée parce que l'extrémité de la cuiller est poussée contre la tête de l'enfant ou contre les parois du bassin ; alors il faut changer l'inclinaison de la branche.

Maintenant il s'agit d'articuler les branches et de les fixer en faisant tourner le pivot dans la mortaise. On

peut conclure qu'elles sont bien appliquées, lorsqu'on peut les réunir et qu'en faisant des tractions, on éprouve une certaine résistance qui indique que la tête est bien prise. En articulant les branches, on doit toujours faire attention à ce que l'une ou l'autre partie de la femme ne soit pas pincée entre elles.

Lorsque les branches sont réunies, on doit les serrer pour exercer une pression assez forte sur la tête, afin qu'elle ne puisse plus s'échapper. On les maintiendra rapprochées avec un lacs placé dans les crochets, afin que la pression ne puisse plus varier. Cependant on doit éviter de les serrer trop fortement, à moins qu'on ne se propose d'obtenir ainsi une diminution des diamètres de la tête; dans ce cas il faut tâcher d'imiter la nature, c'est-à-dire augmenter lentement le degré de constriction ou de compression.

Lorsque l'instrument est bien appliqué, on le saisit avec la main gauche au point de jonction des branches; la main droite tient leurs extrémités; on fait des tractions en suivant la direction de l'axe du détroit inférieur; puis on relève lentement et par degrés les crochets jusqu'à ce qu'on les ait élevés presque perpendiculairement au-dessus des pubis. Ces tractions doivent être faites sans secousse, et d'une manière lente en exécutant des mouvements latéraux pour ne pas contondre ni déchirer le vagin. Il est prudent aussi d'observer ce que Denman, ouvrage cité, tom. II, pag. 151, recommande en ces termes : « Il ne faut pas, à la première instance, déployer toute la force que l'instrument met à notre disposition, mais il faut la ménager suivant le degré de chaque cas particulier, en essayant, au commencement, un degré de force modérée et en l'augmentant lentement et à dessein

suivant l'exigence de chaque cas ; car l'empêchement peut n'être pas grand et le point d'obstruction n'exister que dans un seul endroit, et celui-ci étant vaincu par une ou par peu d'actions de l'instrument, il n'y a plus lieu à continuer l'opération. »

Lorsque la tête commence à distendre le périnée, alors il faut tâcher d'en prévenir la déchirure. A cette fin, on doit modérer les tractions et les diminuer à mesure que cette distension augmente. En même temps on fera bien soutenir cette partie par une ou deux personnes.

Le professeur Flamant, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. XVI, pag. 470, recommande aussi de prendre les précautions suivantes pour atteindre le même but : « Quand le périnée est déchiré, c'est qu'on a négligé de relâcher la peau qui borde le passage. En faisant dépasser le bord du lit par les fesses, l'accoucheur aura soin de placer les deux mains sur les lombes de la femme, pour tirer le plus de peau possible vers le périnée, pour prêter au développement de la vulve, et ménager quelquefois la fourchette. »

Quelques accoucheurs conseillent aussi d'extraire les branches du forceps, lorsque les bosses pariétales ont traversé le détroit inférieur et d'abandonner le cas à la nature pour prévenir ainsi la rupture du périnée. Mais il vaut mieux les y laisser jusqu'à ce que la tête soit sortie, car, comme l'observe Dugès, ouvrage cité, pag. 307 : « Si l'extraction des branches n'est pas bien ménagée, elle entraîne la tête au dehors et produit les inconvénients qu'on veut éviter, et il pourrait arriver que l'inertie ou l'indolence de la femme fût telle qu'on se vit forcé de réintroduire l'instrument. » D'ailleurs, lorsqu'on doit employer cet instrument pour

des hémorrhagies, des convulsions, il serait dangereux de ne pas terminer l'accouchement le plus tôt possible.

Après avoir prouvé que le forceps mérite la préférence sur le levier, lorsque la tête se présente aussi avantageusement, il nous reste maintenant à examiner lequel de ces deux instruments doit être employé quand elle vient se présenter par de plus grands diamètres au détroit inférieur ou qu'elle s'écarte de la direction de l'axe de ce détroit.

La tête peut se présenter au détroit inférieur avec de plus grands diamètres, de deux manières différentes : dans l'une, le diamètre occipito-frontal ou occipito-mentonnier est en rapport avec le diamètre cocci-pubien de ce détroit; dans l'autre, elle est située transversalement et le diamètre occipito-frontal répond au bis-ischiatique de ce même détroit.

Pour le moment, nous ne nous étendrons pas davantage sur ces positions désavantageuses, etc., ni sur la préférence à accorder à l'un ou à l'autre des deux instruments dans ces cas, parce que ces objets seront traités plus convenablement au chapitre où nous parlerons de l'emploi de ces instruments, dans les cas où la tête est encore dans l'excavation.

Jusqu'à ce moment, nous avons supposé le détroit inférieur bien conformé, mais il arrive assez souvent qu'il soit rétréci, surtout transversalement. Ce rétrécissement transversal peut être occasionné, soit par le rapprochement des branches de l'arcade pubienne et des tubérosités ischiatiques, soit par des excroissances osseuses qui se sont développées sur la partie interne des branches de l'arcade pubienne ou des tubérosités ischiatiques.

Le diamètre transversal peut être plus ou moins

rétréci. J'ai observé deux cas où il ne restait plus qu'un pouce d'intervalle entre les deux tubérosités ischiatiques.

Lorsque ce rétrécissement transversal est considérable et qu'il faut recourir aux instruments pour extraire la tête, alors il est préférable d'employer le levier pour l'amener au dehors, parce que cet instrument est simple et d'une application facile, et parce que, comme il s'applique à la partie antérieure de l'arcade pubienne, l'espace transversal n'est pas rétréci par son application et que d'ailleurs on peut porter la boîte osseuse derrière l'espace rétréci. Le forceps, au contraire, est difficile ou impossible à appliquer, parce que ses cuillers doivent être placées sur les parties latérales du bassin et qu'ainsi l'espace, qui se trouve entre les tubérosités ischiatiques, est encore diminué de toute l'épaisseur des cuillers. Il faut bien que l'emploi du forceps soit difficile, puisque Me Lachapelle dit, t. III, p. 431 : « Elle (la version) » serait encore préférable à l'emploi de cet instru- » ment (le forceps) dans le cas où le détroit inférieur » serait transversalement rétréci. »

Les observations suivantes serviront à prouver les avantages que l'on peut obtenir de l'emploi du levier dans ces circonstances.

Observ. I. L'épouse de S..., âgée de trente-neuf ans, primipare, commença à éprouver les premières douleurs utérines dans l'après-dîner du 15 février 1841. Ces douleurs d'abord assez faibles, devinrent plus fortes vers les dix heures du soir, alors les membranes se rompirent et le docteur, qui lui donnait des soins, trouva, par le toucher, que l'enfant se présentait dans

la première position du vertex, qu'en outre les os, qui forment l'arcade pubienne, étaient très-rapprochés. Les contractions utérines continuèrent à être assez fortes pendant la nuit et amenèrent la tête jusqu'au détroit inférieur. Mais elles allèrent en s'affaiblissant pendant la journée suivante et cessèrent complètement vers six heures du soir. On me fit appeler alors, et le toucher me fit connaître que la tête était engagée dans le détroit inférieur, mais qu'elle ne pouvait le traverser à cause du rétrécissement transversal de ce détroit, dont le diamètre bis-ischiatique avait moins de trois pouces En outre, mon confrère me dit que depuis la veille elle n'était pas descendue. Comme l'inertie utérine était complète et qu'il n'y avait aucun espoir que la tête pût être expulsée par les seuls efforts de la nature, nous nous décidâmes à délivrer la femme à l'aide des instruments. Nous eûmes recours de préférence au levier, à cause de la difformité du bassin. J'appliquai cet instrument sur l'occiput, avec les précautions usitées en pareil cas, et en combinant les efforts de traction et d'élévation, je parvins à faire passer la tête par la partie postérieure de ce détroit et ensuite à l'amener au dehors. L'enfant était mort depuis quelque temps, mais la mère s'est rapidement et parfaitement rétablie.

Observ. II. Amélie De B...., âgée de vingt-quatre ans, d'une constitution assez robuste, ressentit les premiers maux de l'enfantement dans la matinée du 23 janvier 1844. Depuis lors, le travail ne marcha que lentement jusqu'à six heures du soir. A ce moment, les membranes se rompirent spontanément et l'on put reconnaître par le toucher que l'enfant se

présentait par le vertex. Les contractions utérines continuèrent à être faibles pendant toute la nuit suivante; et en examinant cette femme pour la première fois dans la matinée du 24, je trouvai ce qui suit : la tête était descendue dans l'excavation du bassin, la suture sagittale était située transversalement, l'occiput répondait au côté gauche du bassin et l'oreille droite à la symphyse pubienne; les branches de l'arcade des pubis étaient beaucoup plus rapprochées que dans l'état naturel; en outre, une excroissance osseuse s'élevait de la partie interne de chaque tubérosité ischiatique, dont la gauche plus volumineuse avait à peu près le volume d'un œuf de pigeon. Pour le reste, les douleurs que la femme éprouvait encore, étaient très-faibles. Vers quatre heures de l'après-dîner, les contractions utérines ayant cessé entièrement et la femme étant fortement affaiblie, je me décidai à recourir à l'emploi des instruments pour terminer l'accouchement. Dans cette circonstance, tant à cause du rétrécissement qu'à cause des éminences osseuses, j'eus recours de préférence au levier. Cet instrument ayant été appliqué avec les précautions requises, je parvins en faisant des mouvements d'élévation et d'extraction à faire passer la tête par le détroit inférieur et à l'amener au dehors. L'enfant était déjà mort depuis quelque temps, mais les couches furent très-heureuses pour la mère.

On voit par ces observations que dans les cas où il serait difficile ou impossible d'appliquer le forceps, on peut avec succès recourir à l'emploi du levier pour extraire la tête. Herbiniaux recommande également, tom. Ier, pag. 264, l'emploi de son levier lorsque l'échancrure qui se trouve entre les branches des pu-

bis est tellement rétrécie par leur proximité que l'occiput ne saurait s'y engager. Puis, à l'appui de ce qu'il avance, il rapporte une observation où l'échancrure existant entre elles (les tubérosités des ischions) n'avait pas plus d'un demi pouce de largeur. De sorte qu'il dut reculer sa main derrière les tubérosités des ischions, pour pouvoir avancer les doigts dans le vagin. Eh bien! dans ce cas, après avoir fait la version, il est parvenu à extraire la tête de l'enfant avec cet instrument.

Je vais rapporter maintenant un cas où le rétrécissement transversal était presque aussi considérable que dans le cas rapporté par Herbiniaux. Il y a une quinzaine d'années, je fus appelé à la campagne par un médecin très-expérimenté pour traiter, avec lui, une malade de sa commune. Lorsque la consultation était finie, il me demanda de bien vouloir aller examiner avec lui une pauvre malheureuse qui alors était parvenue au huitième mois de sa grossesse. En la touchant, nous trouvâmes que l'espace, existant entre les branches de l'arcade pubienne et les tubérosités ischiatiques, n'avait pas plus d'un pouce de largeur et que l'on pouvait tout au plus introduire deux doigts entre ces parties. Après l'examen nous convînmes entre nous que lorsque le travail serait assez avancé, de faire l'opération cæsarienne afin de sauver ainsi la mère et l'enfant. La femme étant venue en travail, cette opération fut faite et avec succès, si ma mémoire est fidèle. Cependant, si j'avais encore à me prononcer sur un cas pareil, à cette époque de la grossesse ou vers le huitième mois, je n'oserais plus recommander de faire l'opération cæsarienne pour un tel degré de rétrécissement du diamètre transversal de ce détroit. Car,

comme nous l'avons vu plus haut, Herbiniaux est parvenu, dans un tel cas, à extraire la tête de l'enfant au moyen du levier. Je recommanderais d'attendre jusqu'à ce que le travail fût assez avancé pour voir si l'on ne pourrait, comme cet accoucheur, délivrer la femme au moyen de cet instrument ou d'une autre manière, et je ne me déciderais à faire une opération aussi grave que lorsque tous les autres moyens auraient été employés sans succès. Il est nécessaire d'ajouter que ce qui a pu contribuer au succès de Herbiniaux, c'est que chez cette femme la partie inférieure du sacrum était fortement portée en arrière.

Ce qui devrait encore plus nous engager à remettre une opération aussi grave, c'est le cas observé par Simpson et qui se trouve dans la *Gazette médicale de Paris*, année 1848, nº 25 et 25 bis, page 480. Dans ce cas la femme venait d'accoucher spontanément d'un enfant mort quand il arriva, quoique le diamètre transversal du détroit inférieur eût moins d'un pouce, parce que la tête de l'enfant était dans un tel état qu'il permettait à une pression modérée de rapprocher jusqu'à peu de lignes, l'une de l'autre, deux des faces opposées du sphéroïde qu'elle représente.

Il n'est pas probable cependant que dans cet accouchement la tête soit passée entre les tubérosités ischiatiques; au contraire il est à croire que, dans ce cas, comme dans celui de Herbiniaux, elle a été poussée derrière ces tubérosités. Au reste, comme l'accoucheur n'a pas été présent à l'accouchement et qu'il n'est venu que lorsque la femme venait d'accoucher, on ne peut avancer rien de positif à cet égard.

Nous croyons avoir exposé assez longuement tout ce qui a rapport à l'emploi de ces instruments, dans les

cas où la tête est descendue au détroit inférieur. Nous allons exposer maintenant leur application dans les cas où elle se trouve encore dans l'excavation pelvienne.

DE L'USAGE DU FORCEPS ET DU LEVIER DANS LA PREMIÈRE ET LA DEUXIÈME POSITION DU VERTEX DANS LES CAS OU LA TÊTE SE TROUVE ENCORE DANS L'EXCAVATION PELVIENNE.

Dans le mécanisme de l'accouchement naturel, lorsque la tête a traversé le détroit supérieur, elle est fléchie sur la poitrine, mais elle se présente encore diagonalement. C'est dans l'excavation du bassin que dans la 1re et la 2me position du vertex, elle subit un mouvement de rotation par lequel l'occiput est porté sous l'arcade pubienne. C'est là aussi le mouvement que nous devons tâcher d'imprimer à la tête, en l'extrayant afin d'imiter de cette manière le mécanisme de l'accouchement naturel dans ces deux positions.

Lorsque la tête se présente encore diagonalement et qu'il faut recourir à l'emploi des instruments pour l'extraire, emploiera-t-on le forceps ou le levier pour délivrer la femme?

Nous pensons que dans ces conditions il vaut mieux se servir du forceps, parce que, dans ce cas, la tête n'a à subir qu'un mouvement de rotation qu'elle exécute pendant l'application de l'instrument, et que, dans tous les cas, il est facile de lui imprimer ce mouvement en l'extrayant. Car, comme l'observe Me Lachapelle, tom. Ier, pag. 181 : « La facilité du mouvement rotatoire de la tête, qui fut opéré par une seule branche » du forceps, mérite d'être remarquée; elle tient à » deux causes : 1° A la tendance naturelle de la tête » à ce mouvement-là ; 2° à la tendance du forceps à se » porter sur les côtés du bassin ; tendance qui tient à » sa forme et à ses courbures. »

Elle dit aussi, page 84 : « La simple application du forceps, l'articulation de ses branches, souvent même le placement d'une seule cuiller, fait rouler la tête et change ses rapports avec le bassin. »

C'est donc parce que la tête subit si facilement alors ce mouvement de rotation et que lorsqu'elle l'a subi, elle peut être extraite aisément, que, dans les cas où elle vient se présenter au détroit inférieur, le forceps mérite ici la préférence sur le levier.

On applique alors le forceps d'une manière un peu différente de celle que nous avons indiquée précédemment. Car comme la tête est encore située obliquement et qu'il est convenable de placer les cuillers de cet instrument sur les parties latérales, on les introduit un peu obliquement, de manière que dans la première position le pivot réponde à l'aine gauche, et dans la seconde à l'aine droite. Lorsque cet instrument est bien appliqué, on fait subir à la tête un mouvement de rotation par lequel l'occiput est porté peu à peu sous les pubis. Si ce mouvement de rotation était trop difficile ou impossible à exécuter à cause de l'aplatissement du sacrum, etc., on pourrait extraire la tête diagonalement.

Si dans ce cas l'emploi du forceps est préférable à celui du levier pour les motifs que nous avons indiqués, il faut bien convenir aussi, qu'alors ce dernier instrument peut être employé avantageusement pour imprimer à la tête ce mouvement de rotation et l'extraire en même temps.

Après avoir exposé tout ce qui a rapport à l'emploi de ces instruments, quand la tête est arrivée dans l'excavation pelvienne comme dans l'accouchement naturel, il nous reste maintenant à indiquer : 1° com-

ment elle peut s'écarter de cette position avantageuse; 2° lequel des deux instruments doit, dans ces cas, être employé de préférence à l'autre?

La tête peut s'écarter de deux manières différentes de cette position favorable tant dans l'excavation pelvienne qu'au détroit inférieur (1). Dans le premier cas, *elle ne se fléchit pas sur la poitrine,* et dans le second *elle vient se présenter transversalement.*

Lorsque la tête ne se fléchit pas sur la poitrine, alors on observe que l'occiput, au lieu de s'abaisser, reste, ainsi que la petite fontanelle, derrière les pubis, et que la suture sagittale se dirige en arrière où l'on peut sentir la grande fontanelle. De cette manière, le diamètre occipito-frontal, qui est plus grand que le vertical, est en rapport avec le diamètre sacro-pubien de l'excavation.

Cette position vicieuse de la tête s'observe surtout lorsque la partie inférieure des pubis est déjetée en dedans, que la tête de l'enfant est très-volumineuse et qu'elle est déjà descendue dans l'excavation pelvienne avant le travail.

Dans ce cas, l'expulsion de la tête se fait encore souvent par les seuls efforts de la nature, mais d'autres fois les plus fortes contractions utérines ne suffisent pas pour l'expulser et alors l'inertie utérine sur-

---

(1) Comme nous l'avons déjà dit, ces positions défectueuses s'observent également au détroit inférieur, mais nous avons préféré en traiter au chapitre relatif à ce qu'il convient de faire lorsque la tête est encore dans l'excavation pelvienne, parce qu'elles sont alors plus fréquentes. Au reste, tout ce que nous en dirons ici, peut également s'appliquer au détroit périnéal.

venant, on est obligé de recourir aux instruments pour l'extraire.

Le forceps n'est pas d'un emploi avantageux dans cette circonstance, parce que le diamètre occipito-frontal étant en rapport avec le diamètre sacro-pubien de l'excavation pelvienne, il arrive souvent, à cause de la grandeur de ce diamètre, qu'on ne puisse extraire la tête de l'enfant, même en faisant les plus fortes tractions avec cet instrument. Au contraire, le levier étant appliqué sur l'occiput, il la fait descendre et opère ainsi la flexion de la tête sur la poitrine comme dans le mécanisme de l'accouchement naturel. En combinant alors les efforts d'abaissement avec ceux d'extraction, on parvient facilement à l'amener au dehors. Je pourrais rapporter plusieurs cas à l'appui de ce que je viens d'avancer, mais je préfère choisir les trois suivants, les deux premiers parce que des accoucheurs très-habiles de la ville n'avaient pu délivrer les femmes avec le forceps, et que chaque fois la tête a été facilement extraite avec le levier, et le troisième parce qu'il présente quelques particularités.

M. Janson, père, accoucheur très-expérimenté, me fit appeler, le 13 décembre 1828, auprès de l'épouse de V. D..., demeurant rue St-Liévin, N° 102. Il me rapporta que cette femme, primipare, avait éprouvé, pendant cinq jours, des douleurs utérines extrêmement fortes, qu'après ce temps une inertie complète était survenue, et que, la tête se présentant dans la première position du vertex, il avait employé le forceps pour l'extraire, mais que n'ayant pu réussir à délivrer la femme de cette manière, même en faisant les plus fortes tractions avec cet instrument, il m'avait demandé en consultation. En faisant le toucher, je découvris

ce qui suit : les parties génitales de la femme étaient fortement gonflées, la tête de l'enfant était descendue dans l'excavation pelvienne, sans avoir fait sa flexion sur la poitrine; par conséquent, le diamètre occipito-frontal était en rapport avec le diamètre sacro-pubien de cette même excavation; la partie inférieure des pubis était fortement déjetée en dedans. Mon confrère, grand partisan du forceps, insista pour le réappliquer. J'y consentis. La réapplication de cet instrument étant faite, nous tirâmes alternativement aussi longtemps que nous pûmes, sans faire descendre la tête, et lorsque nous fûmes tous les deux convaincus de l'inutilité de faire des tractions ultérieures avec cet instrument, il fut enlevé. Alors avec le consentement de mon confrère, j'eus recours au levier. J'appliquai cet instrument avec les précautions requises sur l'occiput, et lorsqu'il était bien appliqué, je pris mon point d'appui sur le pubis gauche et en combinant les efforts d'extraction de la tête avec ceux d'abaissement, je parvins facilement à faire passer l'occiput sous l'arcade pubienne et ensuite à extraire toute la tête.

L'enfant était déjà mort depuis quelque temps; sa tête était extrêmement volumineuse. La mère s'est rétablie très-rapidement après l'accouchement.

Je fus appelé, le 25 juillet 1836, par un accoucheur très-instruit, auprès de Mme ......, âgée de trente-quatre ans, primipare. Mon confrère me rapporta que cette femme était en travail depuis deux jours; que la tête de l'enfant se présentait dans la première position du vertex et était descendue dans l'excavation du bassin; que les douleurs ayant cessé depuis plusieurs heures, il s'était décidé à appliquer le forceps; que malgré les fortes tractions qu'il avait faites avec cet

instrument, il n'avait pu dégager la tête de l'enfant. Il m'engagea à continuer les tractions; je me mis à l'œuvre; mais, malgré tous les efforts que je fis pour la dégager, elle resta constamment à la même place. Alors nous nous décidâmes à extraire l'instrument. En faisant le toucher, je trouvai que le diamètre occipito-frontal de la tête était en rapport avec le sacro-pubien de l'excavation, et qu'en outre une grande partie de l'occiput restait derrière les pubis. Pour ces motifs je lui proposai d'employer le levier. Il appliqua donc cet instrument avec les précautions usitées en pareil cas. En levant le manche et en faisant en même temps des efforts de traction il parvint à abaisser l'occiput et ensuite à amener facilement la tête au dehors.

M. le docteur De Cock me fit appeler, dans la soirée du 15 novembre 1836, auprès de Mme ...., demeurant, rue des Corsets rouges en cette ville. Il me rapporta que cette femme était parvenue au terme de sa première grossesse, lorsque le 11 du mois précité les membranes se rompirent; qu'après cette rupture le fluide amniotique s'écoula peu à peu jusqu'au 14 suivant, qu'alors le travail se déclara, que les contractions utérines devinrent de plus en plus fortes jusqu'au 15 à midi, mais qu'après ce temps elles diminuèrent, et cessèrent complètement vers les quatre heures de l'après-dîner. Il avait trouvé, par le toucher, que la tête se trouvait encore dans l'excavation pelvienne, et se présentait dans la première position du vertex sans avoir fait sa flexion sur la poitrine, de manière que l'on pouvait sentir les deux fontanelles, et que le diamètre occipito-frontal était en rapport avec le sacro-pubien de la cavité du bassin. Mon confrère avait appliqué le forceps pour délivrer la femme,

mais, malgré tous les efforts qu'il fit, il ne put extraire la tête. Ce fut alors qu'on vint me chercher. Cet instrument fut réappliqué, mais nous ne réussîmes pas mieux que la première fois. Après ces essais infructueux, nous fûmes d'accord d'employer le levier. J'appliquai cet instrument avec les précautions requises sur l'occiput et en combinant les efforts d'abaissement de la tête avec ceux d'extraction je parvins, en fort peu de temps, à l'amener au dehors. L'enfant était déjà mort depuis quelque temps.

Mme ......, âgée de vingt-cinq ans, était parvenue au terme de sa première grossesse, lorsque, pendant la nuit du 25 au 26 octobre 1846, les membranes se rompirent spontanément. Après la rupture des membranes, cette femme continua à perdre, par intervalles, une certaine quantité de fluide amniotique, sans ressentir aucune douleur jusque dans la matinée du 28. Alors elle commença à ressentir les maux de l'enfantement, et l'on me fit appeler aussitôt. Je découvris, en l'examinant, que l'utérus et la tête de l'enfant étaient déjà descendus dans l'excavation pelvienne, que l'orifice utérin était encore fermé et que les contractions utérines étaient très-faibles. La femme resta à peu près dans le même état jusqu'au lendemain matin. A cette époque, les douleurs devinrent plus fortes, l'orifice de l'utérus s'ouvrit graduellement et fut complètement dilaté vers les quatre heures de l'après-dîner. Par le toucher, nous pûmes constater alors que la tête était située transversalement et que l'occiput était à gauche. Peu de temps après, elle commença à exécuter son mouvement de rotation qui fut complet vers les dix heures du soir. L'occiput et la petite fontanelle répondaient à la symphyse pubienne; la

suture sagittale se dirigeait en arrière où l'on pouvait sentir la grande fontanelle. De cette manière le diamètre occipito-frontal était en rapport avec le sacro-pubien de l'excavation pelvienne. La tête resta immobile quoique la femme eût des douleurs très-fortes jusqu'à deux heures de la nuit, mais alors elles s'affaiblirent peu à peu et cessèrent complètement vers quatre heures du matin. Pour ces motifs, j'eus recours au levier pour terminer l'accouchement. Cet instrument fut appliqué avec les précautions convenables. L'occiput fut dégagé sous les pubis, et comme les contractions utérines étaient revenues depuis l'application de l'instrument, il fut retiré lorsque la boîte osseuse distendit largement la vulve; elles furent assez fortes pour l'expulser entièrement. Le cordon ombilical était entortillé autour du cou de l'enfant, qui était vivant, et qui n'avait pas, non plus que la mère, éprouvé la moindre lésion.

Voilà un accouchement où la tête de l'enfant est restée à peu près à la même place pendant deux jours consécutifs et où le seul changement qu'elle ait subi, consiste dans le mouvement de rotation.

On objectera, peut-être, que dans ces cas les accoucheurs ne se sont pas conduits d'après les principes de l'art, qu'ils auraient dû abaisser l'occiput au moyen de la main ou du levier avant de recourir au forceps, et qu'alors ils auraient pu extraire la tête au moyen de cet instrument. Je veux bien convenir de la valeur de cette objection; mais je crois aussi que les propositions suivantes ne sont pas moins vraies : que dans ce cas l'emploi du levier est préférable parce qu'on peut extraire la tête de l'enfant avec un seul instrument, qu'il y a des accoucheurs qui ont une

telle aversion pour le levier, qu'ils veulent exclusivement employer le forceps et préfèrent ainsi faire les plus fortes tractions avec cet instrument sans craindre de produire des lésions plus ou moins dangereuses aux parties de la mère et de l'enfant, et que, lorsqu'ils ne peuvent pas réussir de cette manière, ils ont recours soit à la version, soit à la craniotomie, pour délivrer la femme.

Comme nous l'avons dit déjà, la tête peut dévier d'une deuxième manière de cette position avantageuse, lorsqu'elle vient se présenter transversalement dans l'excavation pelvienne ou au détroit inférieur, et alors on observe : que la suture sagittale a une direction transversale, que l'occiput est situé plus souvent à gauche qu'à droite et que l'une oreille répond au pubis et l'autre au sacrum (1).

---

(1) Il est digne de remarque que si les accoucheurs en général admettent les positions diagonales de la tête au commencement du travail, les auteurs anglais croient plutôt qu'elle vient alors se présenter transversalement; Smellie dit, ouvrage cité, t. IV, p. 19 : « Je suis porté à croire que la tête se présente la plupart du temps dans la position ici représentée (planche IX), avec une oreille au pubis et l'autre à l'os sacrum. » On trouve dans Denman, ouvrage cité, t. I[er], p. 410 : « La tête de l'enfant qui était placée au détroit supérieur du bassin, avec une oreille vers le pubis et avec l'autre vers le sacrum, ou dans une direction diagonale de différent degré, subit différents changements de positions. » Burns rapporte ce qui suit, p. 275 : « But in general it will still befound that the ear is near the pubis. » Naegele enseigne aussi que, lorsque l'orifice de l'utérus est suffisamment ouvert, on sent la suture sagittale s'y présenter transversalement.

Je crois que si on examine attentivement les positions de la tête, au commencement du travail, on trouvera que les transversales sont aussi fréquentes que les diagonales Je crois aussi que, lorsque la boîte osseuse est descendue dans l'excavation pelvienne ou au détroit inférieur, alors elle vient se présenter plus souvent transversalement qu'on ne pourrait le croire en lisant les auteurs, qui ont écrit sur l'art des accouchements.

Lorsque la tête se présente de cette manière, elle subit presque toujours une rotation par laquelle l'occiput est porté en avant, et ces positions transversales se changent en première ou en deuxième du vertex. Il n'arrive que rarement que l'occiput se tourne en arrière ou bien que l'extrémité céphalique sorte transversalement.

Comme nous venons de le dire, il n'arrive que rarement que la tête soit expulsée transversalement. Me Lachapelle dit même à ce sujet, t. Ier, p. 284 : « On ne doit donc jamais compter sur la sortie de la tête transversalement placée, *si la rotation ne s'opère,* pas plus que sur celle de la tête placée diagonalement, si la rotation ne peut se produire. L'art doit terminer de pareils accouchements. »

Cependant je crois que dans ce cas, comme dans tant d'autres, on est trop disposé à poser des limites à ce que peut faire la nature : car non-seulement j'ai observé quelques cas où la tête a été expulsée transversalement, mais Me Lachapelle elle-même dit, t. Ier, p. 117 : « J'ai été trois à quatre fois témoin de faits plus étonnants encore : j'ai vu la tête sortir transversale, le front vers une des lèvres de la vulve, et l'occiput vers l'autre. »

Ces positions transversales s'observent particulièrement lorsque la concavité du sacrum est très-grande et que le coccyx est porté en avant, lorsqu'en un mot il existe à la partie postérieure du bassin une forte excavation où la tête de l'enfant peut se loger facilement. C'est au moins ce que j'ai trouvé, en examinant les bassins de ces femmes, chez qui la tête se présentait transversalement, tant pendant le travail que lorqu'el-

les venaient à mourir peu de temps après l'accouchement.

En réfléchissant sur cette conformation vicieuse du bassin, on se rend facilement raison de tous les phénomènes que l'on observe pendant ces accouchements. Comme dans ce cas, la partie postérieure du bassin présente une excavation profonde et comme la partie inférieure du sacrum et le coccyx sont fortement portés en avant, la tête de l'enfant peut de cette manière 1° facilement s'y loger transversalement et y rester dans une position horizontale; 2° elle ne subit que difficilement sa rotation et reste à la même place; 3° elle n'est expulsée de la cavité du bassin que par de fortes contractions utérines, parce qu'elle rencontre la résistance de la partie inférieure du sacrum et du coccyx. Il arrive même que dans ce cas la nature ne parvient à expulser la boîte osseuse que par un mécanisme tout particulier, comme je l'ai déjà observé plusieurs fois. Car la tête de l'enfant, étant située transversalement, la moitié latérale droite ou gauche, qui répond au sacrum, rencontrant la résistance de la partie inférieure de cet os et du coccyx, reste immobile, tandis que l'autre moitié, qui répond aux pubis, ne rencontrant pas cet obstacle, est poussée en bas et dépasse ainsi de plusieurs lignes la postérieure. De cette manière, la tête, outre l'aplatissement qu'elle éprouve, subit encore une autre diminution de diamètres. Car le plus grand diamètre transversal de la boîte osseuse, existant entre les bosses pariétales, il en résulte que l'étendue de ce diamètre va en diminuant à mesure que sa partie antérieure est poussée en bas.

Pour ces motifs, la tête de l'enfant est alors plus

difficilement expulsée par les efforts de la nature que lorsqu'elle vient se présenter diagonalement. De cette manière, il n'est pas étonnant qu'alors l'inertie utérine survienne plus souvent, et que pour cette raison on ne soit plus fréquemment obligé d'employer les instruments pour délivrer la femme. Nous allons examiner maintenant, si l'on doit alors avoir recours au forceps ou au levier pour extraire la tête de l'enfant.

S'il y a un cas, où un accoucheur, capable de bien manier ces deux instruments, peut indifféremment se servir de l'un ou de l'autre, c'est bien celui que nous venons d'indiquer; car, comme la boîte osseuse doit encore subir des mouvements pour pouvoir être extraite avantageusement et qu'elle n'est pas située trop haut, pour ces motifs l'emploi de l'un de ces instruments ne présente plus des avantages aussi marqués sur l'autre, que lorsqu'il faut y recourir au détroit supérieur ou inférieur. C'est ce que nous allons tâcher de prouver, en commençant par le forceps.

La tête étant alors située transversalement, on applique cet instrument sur le diamètre occipito-frontal, ou bien sur le bi-pariétal, pour l'extraire. Dans le premier cas, il la saisit par un grand diamètre, et dans le second, il ne peut être introduit selon la direction de l'axe du détroit inférieur. Or, comme les avantages et les désavantages de ces applications ne sont pas considérés de la même manière par les auteurs, ils ne sont non plus pas d'accord sur la manière de l'employer, comme on le verra par ce qui suit :

Dugès dit (*Manuel d'Obstétrique,* p. 311) : « Dans les variétés transversales (occiput tout-à-fait à droite, front gauche et vice versâ), on suivra les mêmes règles que pour le premier temps des positions franches, en glis-

sant seulement la cuiller plus avant encore et jusque derrière les pubis, qui, dans les cas précédents, s'arrêtait derrière la région ischio-pubienne. Ces positions devant être réduites à l'une des quatre cardinales, on devra tourner la concavité des bords du forceps vers l'occiput, si l'on espère avoir plus de facilité à le tourner en avant (circonstance, toutes choses égales d'ailleurs, plus favorable que l'autre); vers le front dans le cas contraire. »

M. Moreau dit (*Traité pratique des Accouchements,* t. II, p. 284) : « Les Allemands, qui n'ont point égard à la position de la tête, et qui ne se dirigent que d'après le bassin seul, se contentent de placer la première branche à droite, et la seconde à gauche. »

Les accoucheurs anglais appliquent, en général, le forceps sur les oreilles de l'enfant. Burns dit à ce sujet (*The principles of Midwifery,* p. 336) : « When the forceps are used at first, instead of the lever, we must, in like manner, lake the ear for our guide, passing the first blade over that side of the head which lies to the pubis (1). »

Salomon recommande, dans *Handleiding tot de Verloskunde,* t. II, p. 314, etc., de donner à la tête, lorsqu'elle est située transversalement, une position plus convenable par le levier, en amenant l'occiput derrière la symphyse pubienne et de l'extraire ensuite avec le forceps, parce que d'après cet auteur on ne peut appliquer ce dernier instrument selon le diamètre sacro-pubien du bassin.

---

(1) Il est à remarquer que les accoucheurs anglais se servent du forceps de Smellie, qui est moins courbé que celui de Levret, et qu'ils placent la femme sur le côté gauche, lorsqu'ils appliquent cet instrument.

On voit par cet exposé que les auteurs ne sont pas d'accord sur la manière d'appliquer le forceps dans ce cas. Dugès réduit ces positions à l'une des quatre cardinales; les Allemands appliquent l'instrument sur les parties latérales du bassin, sans avoir égard à la position de la tête de l'enfant; les Anglais, au contraire, font l'application du forceps sur les oreilles; Salomon enfin change d'abord la position transversale en une plus favorable, au moyen du levier, et se sert ensuite du forceps pour extraire la tête.

Nous allons examiner maintenant les avantages et les désavantages de chacune de ces manières d'opérer.

Les avantages que l'on obtient en appliquant le forceps, selon la recommandation de Dugès, sont les suivants : alors on saisit la tête dans le sens de ses petits diamètres, et, en l'extrayant, on lui fait subir sa rotation, par laquelle l'occiput est tourné sous l'arcade pubienne. Il est cependant à craindre, comme la flexion de la tête n'est pas faite, qu'on ne puisse l'extraire facilement et qu'on ne la fasse passer par le détroit inférieur avec le diamètre occipito-frontal. Car, comme l'observe Me Lachapelle, t. Ier, p. 267, « cet obstacle (à l'avancement de la tête) paraît devoir être attribué moins à la direction *transversale* en elle-même, qu'à la direction *horizontale* du crâne. C'est cette *horizontalité*, s'il est permis de parler ainsi, qui *allonge* les diamètres. »

Les désavantages doivent être attribués à la manière d'employer cet instrument; car lorsqu'il est appliqué d'avant en arrière, les courbures des surfaces et des bords sont peu convenables.

Quant aux premières ou aux courbures des surfaces,

elles peuvent fort bien s'adapter aux parties latérales du bassin, parce que celles-ci sont symétriques, mais il n'en est pas de même, quand on doit les appliquer d'avant en arrière. En effet, la paroi antérieure est courte et légèrement concave, la postérieure est longue et très-concave. De cette manière, des cuillers semblables ne peuvent pas bien s'adapter à ces parois, surtout pour saisir et extraire un corps aussi volumineux que la tête de l'enfant.

Comme le forceps ne peut pas être introduit d'après la direction de l'axe courbe du bassin, il en résulte aussi que les courbures des bords sont non-seulement inutiles, mais que même elles ne font que rendre l'introduction de l'instrument plus difficile. Car on introduirait plus facilement de cette manière un instrument droit et sans courbure sur les bords. Celle-ci ne devient réellement avantageuse qu'après la rotation de la tête, lorsque cet instrument peut être appliqué selon la direction de l'axe du détroit inférieur.

Pour ces motifs, on ne peut appliquer facilement le forceps de cette manière, que lorsque la tête est descendue très-bas; mais si elle occupe encore le haut de l'excavation pelvienne, il est souvent difficile ou impossible de l'employer ainsi, comme Me Lachapelle en rapporte plusieurs exemples.

Les auteurs allemands, en appliquant le forceps sur les parties latérales du bassin, ont l'avantage de l'introduire selon la direction de l'axe du détroit inférieur, mais d'un autre côté on saisit et on extrait la tête avec un grand diamètre, l'occipito-frontal. De cette manière, on n'imite pas ou du moins bien rarement le mécanisme de l'accouchement naturel; car, comme nous l'avons déjà dit, il est bien rare que

la tête soit expulsée transversalement. On sacrifie tout pour appliquer le forceps facilement, et on n'a aucun égard aux diamètres de la tête ni au mécanisme de l'accouchement naturel. Aussi Smellie, dit-il, tome I[er], page 277 : « Quand on les (branches) applique sur le front et sur l'occiput, elles sont bien plus écartées les unes des autres, elles demandent plus de place ; leurs pointes pressent souvent les os du crâne, et courent risque de déchirer l'orifice externe de la femme. »

L'application du forceps à la manière des Anglais est très-convenable en ce qu'ils se servent du forceps de Smellie, qui est plus court, moins courbé, et pour ce motif plus facile à manier dans ces cas que celui de Levret.

La manière d'opérer de Salomon me paraît très-avantageuse, parce que, dans ce cas, après avoir changé la position transversale de la tête en une plus favorable, il a recours au forceps pour l'extraire.

Si nous faisons ici l'appréciation de ces quatre manières d'opérer, nous pensons que lorsque le bassin de la femme est bien conformé, que la tête de l'enfant n'est pas trop grande, on peut l'extraire par l'une ou l'autre de ces manières d'opérer. Lorsqu'au contraire ces conditions favorables n'existent pas, alors on doit, ou bien changer la position transversale au moyen du levier et appliquer ensuite le forceps, ou bien employer cet instrument à la manière des Anglais ou de Dugès, dont les procédés ne diffèrent que par l'instrument qui est employé. Il nous paraît que la manière la plus désavantageuse d'appliquer le forceps est celle adoptée par les Allemands.

Nous allons rapporter maintenant quelques observations où nous sommes parvenu à délivrer les fem-

mes par l'une ou l'autre de ces manières d'opérer. Parmi ces observations, il y en a une qui mérite de fixer l'attention parce que, la femme étant morte après l'accouchement, nous avons pu en conserver le bassin.

La nommée Sophie B....., âgée de vingt-cinq ans, primipare, commença à ressentir les premières douleurs de l'enfantement dans la matinée du 23 novembre 1843. Le travail marcha lentement pendant toute la journée. Vers six heures du soir, les douleurs devinrent plus fortes et les membranes se rompirent. Alors on découvrit par le toucher que l'orifice de l'utérus était complètement dilaté, que la tête était située transversalement et que l'occiput se trouvait à gauche. Le travail continua à marcher lentement, malgré l'administration de bains jusqu'à deux heures de l'après-dîner du 24. J'examinai alors pour la première fois cette femme et je trouvai que la tête était descendue dans l'excavation du bassin, qu'elle se présentait transversalement comme on me l'avait dit, qu'en outre le diamètre bis-ischiatique du détroit inférieur était rétréci. Au reste, l'état de la femme était assez satisfaisant car le pouls était naturel, le ventre n'était pas douloureux au toucher, et la femme avait encore des douleurs. Comme jusqu'alors rien d'urgent ne s'était manifesté, j'abandonnai le cas à la nature. Pendant la nuit suivante les douleurs allèrent en s'affaiblissant et cessèrent complètement le 25, vers huit heures du matin. Alors nous nous décidâmes à recourir au forceps pour terminer l'accouchement. La branche femelle fut introduite derrière les pubis, la concavité dirigée vers l'occiput et la droite au devant du sacrum. Cette application se fit difficilement, mais, à la fin, je réussis à articuler les branches. Alors en fesant des

tractions, je tâchai de ramener l'occiput sous la symphyse pubienne et après avoir continué pendant quelque temps nos efforts, nous parvinmes à extraire la tête. Aussitôt l'occiput se dirigea à gauche et se plaça à peu près dans la situation qu'il occupait avant l'application du forceps. Après l'extraction de la tête, l'une épaule étant située en arrière et l'autre en avant, elles ne furent toutes les deux extraites qu'avec la plus grande difficulté.

L'enfant était déjà mort depuis quelque temps. Il était très-volumineux, car il pesait plus de huit livres.

La femme se trouva très-mal après l'expulsion du placenta. Elle se plaignit de fortes douleurs de ventre et d'une oppression de poitrine, et tomba de temps en temps en syncope. Le pouls faiblit et devint presqu'imperceptible, le délire survint, enfin elle succomba vers sept heures du soir. Nous trouvâmes, à l'inspection cadavérique, que la partie de la surface interne du vagin et de l'utérus, qui avait répondu à la tête de l'enfant avant l'application du forceps, était noirâtre et gangrénée. Car, après l'avoir fait macérer dans l'eau pendant vingt-quatre heures, elle conservait encore sa couleur noire, et elle était convertie en une espèce de putrilage. Cette gangrène pénétrait depuis une ligne jusqu'à deux lignes de profondeur dans le tissu de ces organes. Les autres viscères, tels que la vessie, le rectum, etc., contenus dans l'excavation pelvienne, étaient également plus ou moins altérés dans leur tissu. Les organes renfermés dans les autres cavités n'ont pas été examinés.

Comme on le voit, le travail n'avait pas duré longtemps; les douleurs n'avaient pas été bien fortes, aucun accident grave ne s'était manifesté avant l'ex-

traction de l'enfant, et cependant aussitôt après la délivrance, des symptômes tellement graves se manifestèrent, qu'ils furent bientôt suivis de la mort. A l'autopsie, on trouva qu'une partie de la surface interne du vagin et de l'utérus était gangrénée.

Nous avons conservé ce bassin et nous avons trouvé qu'au détroit supérieur le diamètre droit ou sacro-pubien mesurait 3 pouces 9 lignes; le transverse ou l'iliaque et les deux obliques 4 pouces.

L'excavation pelvienne était en quelque sorte triangulaire, et des trois angles deux répondaient aux échancrures sacro-ischiatiques. Ici le sacro-pubien avait 4 pouces 3 lignes et le transverse 3 pouces 6 lignes; derrière ce diamètre, au-dessus des échancrures sacro-ischiatiques, le diamètre transverse avait 4 pouces 6 lignes.

Le détroit inférieur offrait aussi un léger rétrécissement.

On voit, par ces mensurations, que tous les diamètres de ce bassin étaient plus ou moins rétrécis (1), que l'excavation pelvienne était triangulaire et formait ainsi en arrière une cavité large et profonde, où la tête de l'enfant pouvait se loger facilement.

On conçoit d'après cela, que, lorsque le bassin présente une telle difformité, alors l'accouchement ne peut pas se faire comme dans un bassin bien conformé;

---

(1) Je crois qu'il est convenable de faire observer ici qu'on rencontre moins souvent, qu'on ne le pense, des bassins qui présentent justement les diamètres indiqués dans les livres; car, en préparant un grand nombre de bassins, j'ai trouvé que souvent il fallait chercher bien longtemps avant d'en trouver un qui ne s'écartât plus ou moins de cet état normal.

Dans ce cas, la position transversale de la tête s'accommode le mieux à cette difformité, quoique le diamètre transverse soit plus rétréci que l'antéro-postérieur, parce que l'excavation pelvienne s'élargit derrière le premier. La tête alors n'exécute pas facilement sa rotation, parce qu'en l'exécutant elle devrait se mettre en rapport avec un espace dont le diamètre est moindre que lorsqu'elle est située transversalement. En outre, en lui faisant subir sa rotation dans l'excavation pelvienne à l'aide du forceps, on la met en rapport avec de plus petits diamètres que lorsqu'on l'extrait transversalement.

Je fus appelé, par le docteur De Brabant, dans la soirée du 4 février 1844, auprès de la femme de M. P.... Cette dame était en travail depuis le matin. Lors de mon arrivée, mon confrère me rapporta que la tête de l'enfant se présentait transversalement dans l'excavation pelvienne, de manière que l'occiput était à gauche et le front à droite, que depuis plusieurs heures elle restait à la même place, que les contractions utérines avaient perdu de leur intensité, et en outre que cette femme ressentait par intervalles de fortes douleurs dans les extrémités inférieures. Après avoir examiné attentivement l'état de la personne, nous convînmes d'attendre jusqu'à dix heures du soir et de voir si la tête ne serait pas expulsée par les seuls efforts de la nature. Mais alors les douleurs cessèrent presque complètement et des accidents graves commencèrent à se manifester ; nous nous décidâmes à recourir au forceps pour délivrer la femme.

M. le docteur De Brabant se chargea d'appliquer l'instrument et plaça les deux cuillers sur les parties latérales du bassin, de manière que la tête était prise

de l'occiput au front. Quoiqu'elle fut saisie d'une manière assez désavantageuse, il parvint à l'extraire assez facilement sans produire la moindre lésion, ni à la mère ni à l'enfant. On put alors se convaincre que l'instrument avait été appliqué, non-seulement sur le front, mais aussi sur la face qui conservait encore l'impression de la cuiller.

La nommée ...., âgée de trente ans, primipare, d'une constitution assez robuste, commença, dans la soirée du 6 juillet 1845, à ressentir les vraies douleurs, qui d'abord assez faibles, allèrent en augmentant jusqu'au lendemain matin. Alors cette femme fit appeler M. le docteur De Brabant, qui, en l'examinant, trouva que les membranes étaient rompues, que la tête était descendue dans l'excavation pelvienne et se présentait transversalement, de manière que l'occiput répondait à gauche et le front à droite, et que l'une oreille de l'enfant était située derrière la branche gauche du pubis. En outre, la femme vomissait tout ce qu'elle prenait. Vers midi, la tête restant à la même place, et les contractions utérines diminuant notablement, mon confrère me fit chercher. Je pus constater, par le toucher, l'exactitude des renseignements qu'il m'avait donnés. Comme les douleurs avaient cessé complètement, et que la femme continuait toujours à vomir, nous convînmes de recourir aux instruments pour la délivrer. Mon confrère préféra le forceps et l'introduisit sur les parties latérales du bassin, de manière qu'une cuiller était appliquée sur l'occiput et l'autre sur le front. Il fit alors des tractions aussi fortes qu'il put pour extraire la tête, mais elle resta immobile. Il me céda l'instrument et je fis les plus grands efforts, sans pouvoir la faire descendre. Alors voyant l'impossibilité de réussir de cette manière,

nous crûmes devoir employer le levier pour terminer l'accouchement. J'introduisis cet instrument derrière la branche gauche du pubis, sur l'occiput de l'enfant, et en combinant les efforts d'extraction avec ceux par lesquels je tâchai de changer la position désavantageuse de la tête, je parvins, au bout de trois minutes, à amener l'occiput sous l'arcade pubienne. Comme c'était une primipare et que le périnée présentait une forte résistance, je préférai ôter l'instrument pour prévenir ainsi la déchirure de cette partie. M. le docteur De Brabant réappliqua le forceps, et au bout de quelques minutes, il parvint à extraire la tête, sans produire la moindre lésion.

Les couches furent heureuses pour la mère; l'enfant se porta également bien : sa tête était très-volumineuse, de sorte que le diamètre occipito-nasal avait au moins quatre pouces. Si à cela on ajoute l'épaisseur des cuillers et des parties molles, on ne sera pas surpris qu'on ne puisse extraire la tête par le diamètre bis-ischiatique, qui n'a que 4 pouces.

Comme on le voit dans cette observation, j'ai ramené la tête à une position avantageuse par le levier, et j'ai ensuite extrait cet instrument, quoique j'eusse fort bien pu amener la tête au dehors, en continuant son emploi.

Lorsque la tête vient se présenter transversalement, elle dévie de sa position normale, non seulement à cause de sa position transversale, mais aussi parce qu'elle est encore située horizontalement. C'est aussi pour ces motifs que l'on peut non seulement employer le levier dans ce cas pour délivrer la femme, mais que souvent il arrive que l'emploi de cet instrument est alors plus avantageux que celui du forceps, surtout

lorsque la tête occupe encore le haut de l'excavation pelvienne.

Dans ce cas, on peut se servir du levier, soit pour donner une position plus convenable à la tête de l'enfant, soit pour l'amener au dehors.

Dans le premier cas, on applique le levier sur l'occiput, et on tâche par les mouvements qu'on lui imprime, de l'amener sous la symphyse pubienne et en même temps de l'abaisser pour faire fléchir la tête sur la poitrine. Si les contractions utérines sont revenues par l'application de l'instrument, on peut abandonner l'expulsion de la tête aux efforts de la nature, ou bien on peut avoir recours au forceps pour l'extraire, quand on craint de déchirer le périnée. C'est ainsi que nous l'avons fait dans un des cas qui précèdent.

Dans le second cas, lorsqu'on veut extraire la tête de l'enfant, on applique l'instrument sur l'occiput, et alors en combinant les efforts d'extraction avec ceux par lesquels on change cette position en une autre plus favorable, on porte l'occiput sous la symphyse pubienne, et en continuant les efforts d'extraction, on amène la tête de l'enfant au dehors. On doit modérer les efforts à mesure que la tête distend le périnée, afin d'en prévenir la déchirure et même les cesser entièrement, lorsqu'elle dilate fortement la vulve.

L'observation suivante servira à prouver la vérité de ce que j'avance.

Marie ...., âgée de vingt-quatre ans, primipare, d'une constitution assez robuste, commença à ressentir les premiers signes du travail pendant la nuit du 1er au 2 octobre 1840, et me fit appeler le jour suivant, vers six heures du matin. En l'examinant alors,

je trouvai que l'orifice utérin était complètement dilaté, que les douleurs utérines étaient fortes et que pour le reste l'état de la femme était assez satisfaisant. Peu de temps après, les membranes se rompirent et je découvris, par le toucher, que la tête était descendue dans l'excavation pelvienne, qu'elle se présentait transversalement, de manière que l'occiput était à droite et plus élevé que le front, qui était à gauche, et que l'une oreille était située derrière le pubis droit. Après la rupture des membranes, les contractions utérines augmentèrent en intensité jusqu'à dix heures du matin. Comme la tête restait à la même place, je fis prendre un bain à la femme et je fis des efforts assez considérables avec la main pour changer la position désavantageuse de la boîte osseuse; mais mes tentatives restèrent sans succès. Depuis ce moment, les douleurs diminuèrent graduellement; à quatre heures de l'après-dîner, elles cessèrent presque complètement. La tête restant toujours immobile, je proposai à la famille de vouloir bien m'adjoindre un confrère pour consulter avec moi sur ce qu'il y avait de mieux à faire dans ce cas. Après la consultation, nous fûmes d'accord de recourir au levier (mon confrère était grand partisan de cet instrument) pour amener la tête au dehors. La femme étant convenablement placée, j'introduisis le levier par le côté droit du bassin, pour pouvoir l'appliquer sur l'occiput et prendre mon point d'appui sur la branche droite du pubis. Lorsque tout fut ainsi disposé, je fis des efforts d'extraction et d'élévation pendant les douleurs qui étaient un peu revenues, et en répétant ces efforts pendant un demi-quart-d'heure, je parvins à amener l'occiput sous la symphyse pubienne, et ensuite la tête jusqu'à ce qu'elle

dilata les parties génitales externes. Alors pour prévenir la déchirure du périnée, je retirai l'instrument, et la tête fut expulsée par la douleur qui suivit.

L'enfant était déjà mort depuis quelque temps. Il n'avait, non plus que la mère, souffert la moindre lésion.

Je pourrais rapporter plusieurs autres cas où j'ai employé, avec le plus grand succès, le levier dans les positions transversales de la tête. Mais j'espère que l'observation qui précède suffira pour prouver que l'on peut alors, au moins aussi avantageusement, recourir au levier qu'au forceps pour délivrer la femme.

Après avoir exposé tout ce qui est relatif à l'emploi le plus convenable du forceps et du levier, dans la première et la seconde position du vertex, lorsque la tête est descendue au détroit inférieur et dans l'excavation du bassin, je crois qu'il est convenable de faire connaître comment les accoucheurs appliquaient le levier dans ces cas pour extraire la tête.

Il est digne de remarque que si les accoucheurs diffèrent d'opinion sur les cas, dans lesquels il convient d'employer le forceps ou le levier, dans l'art des accouchements, les partisans de ce dernier instrument ne sont pas plus d'accord entre eux sur la manière de s'en servir comme le prouve l'exposé suivant.

Roonhuysen et les autres accoucheurs hollandais recommandaient d'appliquer le levier sur l'occiput « *potentia agit in os occipitis* », et lorsque l'instrument était appliqué sur cette partie de la tête, ils élevaient l'autre bout et tâchaient d'amener ainsi la tête au dehors.

Camper critiquait cette manière d'employer le levier et recommandait de l'appliquer de la manière suivante (*Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie,*

t. XV, p. 248) : « Introduisez, dit-il, toute la cavité de l'instrument, soit le long du front, de la tempe ou de l'occiput, dans la matrice avec la main droite, jusqu'à ce que vous sentiez que la cavité répond à la convexité de la tête, comme dans la planche XVIII, fig. 1 ; il passera alors l'oreille, et se posera à côté du col, et avec le bout *a*, vers le menton de l'enfant plus ou moins, selon la grandeur de la tête et la longueur de *a*, *d*. Levez alors l'autre bout *b*, puis appliquez la main gauche sur le milieu de la spatule *c*, déprimant ainsi et tirant la tête en même temps en bas. Par ce moyen-là, on prévient plus ou moins la contusion de l'urètre.

» Vous sentirez que le bout de l'instrument glisse un peu dans ce moment, mais il tiendra à mesure que vous éleverez l'autre bout *c*. Vous n'avez qu'à faire faire le tour à la tête, suivant la ligne courbe E, G, H, fig. 2, et la tête sera délivrée dans un instant. »

Herbiniaux critiqua, à son tour, la manière d'appliquer le levier recommandée par Camper, et voulut qu'on appliquât cet instrument sur l'apophyse mastoïde de la tête. Cet auteur ajoutait encore un cordon à son levier, afin de pouvoir l'employer comme un levier du premier et du troisième genre.

Denman employait le levier à peu près de la même manière que Camper ; mais il plaçait la femme d'une manière différente. Voici ce qu'il dit : « Lorsqu'on s'est déterminé à se servir de cet instrument (du levier), il faut (ouvrage cité, t. II, p. 146) placer la femme sur le côté gauche et très-près du bord du lit ; les genoux poussés vers l'abdomen, entre lesquels on place un oreiller, afin que l'on soit à même d'aborder la malade avec aisance et que l'on ait une

entière liberté de ses mains » ; et tout étant préparé comme lorsqu'on se sert du forceps, faire l'opération de la manière suivante : (pag. 175) « Portez deux doigts ou l'index de la main droite sur l'oreille de l'enfant, et en introduisant le levier entre vos doigts et la tête de l'enfant, conduisez-le doucement en avant, jusqu'à ce que par sa pointe il atteigne l'oreille quelque part qu'elle puisse être située. Puis avançant l'instrument comme ce serait une branche du forceps, glissez-le jusqu'à ce que vous croyez que l'extrémité de la branche soit parvenue aussi loin ou un peu au-delà du menton de l'enfant ; la ligne de la tête, sur laquelle repose l'instrument, sera alors dans une direction droite depuis le vertex jusqu'au menton, en passant au-dessus de l'oreille, et cette position est la plus favorable dans laquelle il puisse être placé. Saisissant alors fermement de la main droite le manche de l'instrument, attendez l'accès d'une douleur, et pendant sa durée, haussez le manche doucement, mais avec fermeté, vers le pubis, en déployant en même temps un léger degré de force extractive. »

Il est à remarquer ici que ce qu'il a dit de l'emploi du forceps est applicable au levier, c'est-à-dire (p. 143) lorsque la tête de l'enfant est restée pendant six heures aussi bas que le périnée.

D'après cet exposé, on voit que chacun de ces auteurs appliquait le levier sur une partie unique et déterminée de la tête, soit qu'elle se trouvât dans l'un ou l'autre détroit, soit dans l'excavation du bassin ; mais cette partie était différente pour chacun d'eux. Roonhuysen l'appliquait sur l'occiput ; Camper sur l'oreille et le menton ; Herbiniaux sur l'apophyse mastoïde ; Denman employait cet instrument à

peu près de la même manière que Camper, si ce n'est qu'il plaçait la femme sur le côté gauche.

Chacun de ces procédés, pour employer le levier, pouvait être avantageux, lorsqu'en l'appliquant on imprimait à la tête un mouvement, qui imitait le mécanisme de l'accouchement naturel. Or, comme la boîte osseuse, en traversant la filière du bassin, doit subir des mouvements différents, selon qu'elle se trouve dans l'un ou l'autre détroit ou dans l'excavation pelvienne, ou d'après la déviation qu'elle éprouve, il en résulte aussi que cet instrument devait lui imprimer un mouvement différent d'après l'endroit où elle se trouvait et d'après la déviation qu'elle présentait.

C'est aussi pour ce motif que, lorsque la tête est encore au détroit supérieur et qu'elle doit subir encore la flexion sur la poitrine ou bien qu'étant descendue dans l'excavation du bassin ou au détroit inférieur, elle dévie plus ou moins de cette position avantageuse, et que la flexion de la tête ne se fait pas, alors l'application du levier sur l'occiput est très-avantageuse pour opérer ce mouvement.

De même, lorsque la tête est parvenue au détroit inférieur, on peut imiter le mécanisme de l'accouchement naturel en faisant agir le levier sur les parties latérales de la tête, c'est-à-dire sur l'oreille et le menton, qu'il écarte alors de la poitrine C'est pourquoi cet instrument, employé à la manière de Camper (1) et de Denman, convient mieux au détroit inférieur,

---

(1) Voyez les *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie*, t. XV, p. 248, pl. XVIII, fig. 2.

parce qu'alors en écartant le menton de la poitrine, on imite le mécanisme de l'accouchement naturel.

De même, la manière d'employer le levier, recommandée par Herbiniaux, pourrait être avantageuse dans certains cas.

On voit que chacune de ces manières d'appliquer le levier peut être avantageuse dans les cas que nous venons d'indiquer, mais le tort que les auteurs ont eu, c'est de conclure *du particulier au général,* et de croire que parce que l'instrument, employé de cette manière dans un tel cas, avait été avantageux, il devait l'être également dans d'autres. Car nous croyons toujours que lorsque la tête se présente au détroit inférieur aussi favorablement que nous l'avons indiqué déjà, alors l'application du levier sur l'occiput est peu convenable, parce que de cette manière elle est fléchie sur la poitrine et portée en arrière, et qu'ainsi on fait justement le contraire de ce qui a lieu dans le mécanisme de l'accouchement naturel.

Nous ne prétendons pas dire qu'on ne puisse dans ce cas extraire la tête avec le levier, surtout si la femme a déjà eu des enfants, si le périnée est lâche et à été déchiré dans des accouchements précédents. Mais si au contraire la femme est primipare et si le périnée est rigide et résistant, et si alors on s'obstine à extraire la tête avec cet instrument, il est à craindre que cette partie ne soit fortement déchirée. C'est aussi parce que nous avons observé ces lésions dans notre pratique et dans celle des autres accoucheurs, que, lorsque la tête se présente aussi avantageusement que nous l'avons indiqué plus haut, nous avons renoncé dans ces cas à l'emploi du levier pour ne plus nous servir que du forceps. Il est vrai que les accoucheurs

qui se servent du levier à la manière de Roonhuysen, dans ce cas, ont tâché de prévenir ces déchirures en n'amenant la tête que jusqu'au périnée et en abandonnant ensuite l'expulsion aux efforts de la nature. Mais comme la tête n'est pas toujours expulsée spontanément, et comme ordinairement on continue les efforts jusqu'à ce qu'elle soit amenée, pourquoi dans ce cas n'emploierait-on pas le forceps qui, pour les motifs que nous avons allégués, mérite alors la préférence sur le levier?

De même, le levier employé à la manière de Camper et de Denman ne peut pas convenir pour extraire la tête, lorsqu'elle est encore située au détroit supérieur, parce que, dans le mécanisme de l'accouchement naturel la boîte osseuse, en traversant ce détroit, est fléchie sur la poitrine, tandis que cet instrument étant appliqué sur le menton doit l'écarter de la poitrine, et produire ainsi justement le contraire de ce qui se fait dans ce mécanisme.

Mais si la tête se présentait au détroit inférieur aussi favorablement que nous l'avons indiqué déjà, le levier pourrait mieux convenir, parce qu'alors en agissant sur le menton, on écarterait celui-ci de la poitrine, et on imiterait le mécanisme de l'accouchement naturel. Cependant nous sommes obligés de convenir que nous n'avons que rarement employé l'instrument de cette manière, parce que, comme nous l'avons prouvé déjà, le forceps mérite dans ce cas la préférence sur le levier, et qu'alors nous avons eu toujours recours au premier de ces instruments pour délivrer la femme. Nous sommes loin de vouloir critiquer cette manière d'opérer, surtout lorsqu'elle est conseillée par des auteurs aussi

recommandables que Camper et Denman. Nous croyons même qu'il est bon de la connaître, parce que dans certaines circonstances on peut ainsi plus avantageusement amener la tête au dehors, que par tout autre instrument, comme le prouve l'exemple suivant :

Je fus appelé en 1833, par MM. Van Toers et Miele, père et fils, auprès de l'épouse d'un cabaretier, rue d'Angleterre en cette ville. Mes confrères m'apprirent que cette femme, primipare, était depuis longtemps en travail, que des contractions utérines assez fortes avaient fait passer la tête par le détroit inférieur sans pouvoir l'expulser par les parties génitales externes, et que les douleurs avaient entièrement cessé depuis deux heures. En faisant alors le toucher, je trouvai que la vulve était extrêmement étroite et dirigée en avant, que la tête de l'enfant se présentait par son extrémité occipitale à l'ouverture de la vulve et distendait fortement le périnée et les parties environnantes, qu'elle était seulement recouverte par les parties molles, très-mobile, et qu'elle pouvait presqu'aussi facilement être portée à droite et à gauche que lorsqu'elle était entièrement expulsée. Comme il y avait inertie complète de l'utérus et qu'il n'y avait plus à espérer que l'expulsion de la tête de l'enfant se fit par les efforts de la nature, nous convînmes d'avoir recours aux instruments pour l'amener au dehors. Nous accordâmes la préférence au levier, parce que le forceps, à cause de l'étroitesse de la vulve, n'aurait pu être introduit sans produire des lésions notables aux parties génitales. En conséquence, la femme étant convenablement placée, j'introduisis ce dernier instrument sur les parties latérales de la tête de l'enfant et de là jusqu'au menton, et en prenant alors mon

point d'appui sur le pubis, je parvins à soulever le menton, à faire sortir d'abord l'occiput et ensuite les autres parties de la tête de l'enfant. L'occiput tourna sous les pubis comme autour d'un axe. L'application de l'instrument se fit sans produire la moindre lésion ni à la mère ni à l'enfant.

Il n'y a pas de doute que, si la femme eut continué à avoir de fortes douleurs, et si le périnée n'eut pas été convenablement soutenu, une déchirure centrale de cette partie n'eût eu lieu.

On voit d'après cela que les disputes sur la manière de se servir du levier sont bien futiles, car on doit avoir pour but, en employant cet instrument, d'imiter le mécanisme de l'accouchement naturel. Il en résulte que le mode d'opérer doit différer selon qu'on l'applique à l'un ou à l'autre détroit ou dans l'excavation pelvienne, et selon la déviation que la tête a éprouvée.

DE L'USAGE DU FORCEPS ET DU LEVIER DANS LA TROISIÈME ET LA QUATRIÈME POSITION DU VERTEX.

Ces positions s'observent beaucoup plus rarement que la première ou la deuxième du vertex. Mais aussi comme elles sont plus désavantageuses que celles où l'occiput est tourné en avant, on est dans ces cas plus souvent obligé de recourir aux instruments pour extraire la tête. Quelques accoucheurs ont même considéré les accouchements où l'occiput est tourné en arrière, comme tellement difficiles qu'ils ont recommandé d'avoir, dans ces cas, toujours recours au forceps pour délivrer la femme. Cependant, comme ces positions se changent assez souvent en première ou

deuxième du vertex, en outre, comme lors même que ces changements ne s'effectuent pas, la tête est assez souvent expulsée par les seuls efforts de la nature, sans accidents notables ni pour la mère ni pour l'enfant, la prudence exige de ne recourir à l'emploi des instruments que lorsque des accidents graves surviennent.

Nous allons rechercher maintenant si, lorsque dans ces positions du vertex l'emploi des instruments devient nécessaire, on doit se servir du forceps ou du levier pour extraire la tête?

Afin de pouvoir répondre convenablement à cette question, il faut distinguer si la tête se trouve encore au détroit supérieur ou bien si elle est déjà descendue dans l'excavation pelvienne ou si elle se présente au détroit inférieur.

Dans le premier cas, ou lorsque la tête n'a pas franchi le détroit supérieur, elle vient se présenter diagonalement ou transversalement à ce détroit. Alors l'emploi du levier est préférable à celui du forceps pour les mêmes motifs que lorsqu'elle vient se présenter au détroit supérieur, dans la première ou la deuxième position du vertex. Dans ces cas, on doit tâcher, en ramenant l'occiput en avant, de changer la troisième du vertex en deuxième et la quatrième en première, d'abaisser et d'extraire la tête avec les précautions déjà indiquées.

Mais lorsque la tête est descendue dans l'excavation ou se trouve au détroit inférieur, lorsqu'en un mot elle a subi plus ou moins complètement son mouvement de rotation, alors le forceps mérite la préférence sur le levier, parce que la tête peut être extraite telle

qu'elle se présente, et que d'ailleurs elle est descendue assez bas.

Cependant, il faut bien en convenir, le forceps n'est pas employé alors avec autant d'avantages que lorsque la tête vient se présenter aussi bas dans la première ou la deuxième position du vertex; car lorsque l'occiput répond à l'excavation du sacrum, la tête se dégage plus difficilement et ne peut être extraite selon la direction de l'axe du détroit inférieur. En outre, on ne peut appliquer l'instrument selon le diamètre occipito-mentonnier. C'est, en comparant ces deux cas de l'emploi du forceps, que l'on pourra se convaincre combien il est plus avantageux de s'en servir, lorsque l'occiput est tourné en avant que quand il est dirigé en arrière.

D'ailleurs, il faut bien que l'emploi de cet instrument soit plus ou moins désavantageux dans ces cas, puisque Smellie dit dans son ouvrage déjà cité, t. I[er], p. 287 : « Après avoir décrit l'introduction des branches du forceps, on retourne ensuite le front en arrière dans la concavité du sacrum et même d'un quart ou davantage du côté opposé, et que plus loin, il ajoute, on lui rend ensuite le quart de tour, et après avoir remis le front dans la cavité de l'os sacrum, on peut faire l'extraction de la tête. »

D'après cela, on voit que cet auteur, dans ces positions, tourne la face vers la concavité du sacrum, et préfère exécuter une manœuvre difficile et souvent dangereuse pour l'enfant, que d'extraire la tête l'occiput tourné en arrière.

Les autres accoucheurs considèrent également l'emploi du forceps comme désavantageux dans ces cas. Cependant ils préfèrent extraire la tête telle qu'elle se présente sans changer sa position; car, si son ex-

traction est alors plus difficile et plus désavantageuse que lorsque l'occiput répond aux pubis, on devra convenir que les inconvénients, provenant de ce changement de position, sont encore beaucoup plus grands que ceux qu'on observe, quand elle est amenée au dehors telle qu'elle se présente. D'ailleurs, si j'en juge par ma propre expérience, j'ai pu le plus souvent extraire la tête assez facilement, et sans produire des lésions, ni chez la mère, ni chez l'enfant.

Maintenant nous allons nous occuper de la manière d'appliquer le forceps dans la troisième et la quatrième position du vertex, lorsque la tête est descendue, soit dans l'excavation pelvienne, soit au détroit inférieur.

Alors on doit appliquer cet instrument avec les mêmes précautions, que lorsque la tête se présente dans la première et la deuxième position du vertex. La concavité des branches devra également être portée vers les pubis. Mais on aura soin en tirant de relever un peu plus les crochets, pour que l'occiput avance le premier et sorte d'abord devant le périnée. Comme cette dernière partie est dans ce cas très-exposée à subir des déchirures, il faut, afin de les prévenir, faire des tractions lentes et modérées avec l'instrument et bien soutenir le périnée à mesure que la tête le distend. Quand l'occiput est sorti, on abaissera fortement les crochets pour dégager le front de derrière les pubis. C'est surtout alors qu'on ne pourra désarticuler ni extraire les branches avant la sortie de la boîte osseuse.

Presque tous les auteurs recommandent de dégager l'occiput le premier au devant du périnée. DENMAN dit au contraire (t. II, p. 158) : « En faisant l'extraction de la tête, il faut débarrasser le menton de l'enfant

des os pubis, avant qu'on laisse l'occiput franchir le périnée, ce qui augmente beaucoup la distension. »

Je dois en convenir : j'ai vu quelques confrères bien extraire la tête de l'enfant, en dégageant dans ces cas d'abord le menton et ensuite l'occiput, lorsqu'ils avaient méconnu la position de la tête ou bien lorsqu'ils n'avaient pas voulu observer ces règles. Cependant il est préférable d'extraire d'abord l'occiput et ensuite le menton, parce que de cette manière, on imite mieux le mécanisme de l'accouchement naturel.

Si nous passons à présent à l'emploi du levier, nous verrons que cet instrument n'est pas dans ces cas d'un emploi très-avantageux, comme on pourra en juger en examinant les manières de s'en servir.

Quelques accoucheurs appliquent cet instrument de la même manière qu'au détroit supérieur, c'est-à-dire, qu'après avoir fait coucher la femme sur le dos, ils l'introduisent derrière les pubis. Or, comme le levier est appliqué sur la face, qui répond à ces os, il en résulte que cette partie est exposée, par suite de cette application, à subir des lésions plus ou moins graves, comme on peut le voir par l'observation suivante : Un confrère me fit appeler auprès d'une femme qui était déjà en travail depuis trois jours. En la soumettant au toucher, nous trouvâmes que l'orifice utérin était entièrement ouvert et que l'enfant se présentait dans la troisième position du vertex. Comme il fallut recourir, à cause de l'inertie utérine, à l'emploi des instruments pour délivrer la femme, mon confrère crut devoir de préférence se servir du levier pour extraire la tête. Je ne voulus pas m'opposer à l'emploi de cet instrument, parce que l'enfant était mort. Mais en l'appliquant sur la face, il ne parvint à ame-

ner la boîte osseuse au dehors, qu'en produisant des lésions notables à l'œil.

Herbiniaux change d'abord, comme on peut le voir, ouvrage cité, t. Ier, p. 399, la position de la tête, et tâche d'amener l'apophyse mastoïde vers l'arcade des pubis. Ceci étant fait, il dit (p. 401) : « On la (la spatule) porte sur la base de l'apophyse mastoïde, qui se trouve alors rapprochée de la symphyse du pubis et qui sert de point de résistance au levier pour faire l'extraction de la tête. »

On voit par là que cet auteur, comme Smellie, change d'abord la position de la tête avant de l'extraire; mais ce changement de position est souvent difficile et dangereux parce que la boîte osseuse a fait sa rotation et que la matrice est plus ou moins contractée sur le fœtus. D'ailleurs, il faut bien que le levier ne puisse être employé avantageusement de cette manière, puisque Herbiniaux, quelque grand partisan qu'il fût de cet instrument, dit, page 379, que dans un tel cas « l'usage du forceps mérite la préférence. »

On pourrait aussi appliquer le levier à la manière des anglais. Alors on fait coucher la femme sur le côté gauche, on introduit cet instrument sur la partie latérale du bassin, et on l'applique sur l'occiput pour l'extraire d'abord. Selon Denman, l'emploi du levier serait plus avantageux dans ce cas que celui du forceps.

Je vais rapporter maintenant une observation où j'ai fort bien réussi, de cette manière, à délivrer la femme avec le levier: Mme ..., enceinte pour la cinquième fois, commença à ressentir les premières douleurs de l'enfantement dans la matinée du 25 juillet 1843. Le travail marcha lentement jusqu'à midi; alors on me fit appeler. Je découvris par le toucher que la poche

des eaux était rompue, que l'orifice de l'utérus était complètement dilaté, que la tête de l'enfant était descendue jusqu'au détroit inférieur et se présentait dans la troisième position du vertex. Pendant l'après-dîner, les contractions utérines allèrent en s'affaiblissant et cessèrent complètement vers huit heures du soir. Pour ces motifs, je jugeai convenable de recourir aux instruments pour terminer l'accouchement, et j'accordai la préférence au levier. La femme étant couchée convenablement, j'introduisis cet instrument, avec les précautions requises, au-dessous de la branche droite de l'arcade des pubis, et je l'appliquai sur la partie latérale de la tête de l'enfant jusque sur l'occiput. Alors en levant le manche de l'instrument et en faisant en même temps des efforts d'extraction, je tâchai de faire descendre l'occiput, et au bout de quelques minutes, je parvins à le faire sortir au devant du périnée, puis à extraire toute la tête.

L'enfant était vivant et n'avait éprouvé, non plus que la mère, la moindre lésion.

On voit par ces considérations que, lorsque la tête a subi sa rotation, on peut assez avantageusement employer le forceps pour l'extraire, et qu'on ne peut se servir du levier pour la dégager, qu'en l'appliquant à la manière des Anglais.

DE L'USAGE DU FORCEPS ET DU LEVIER QUAND LA FACE SE PRÉSENTE.

Les principes qui nous ont guidé dans l'emploi de ces instruments, lorsque le vertex se présente, nous guideront également quand il faudra y recourir dans les positions de la face.

Il est convenable de faire d'abord remarquer, que les positions de la face s'observent plus rarement que celles du vertex et que les premières, se terminant presqu'aussi souvent par les seuls efforts de la nature que les dernières, on doit aussi pour ces motifs moins fréquemment recourir à l'emploi des instruments pour terminer ces sortes d'accouchements.

Nous allons maintenant tâcher de préciser les cas où il est préférable d'employer l'un ou l'autre de ces instruments pour extraire la tête, dans les positions de la face.

Quand la face n'a pas encore traversé le détroit supérieur, on doit employer le levier pour plusieurs des motifs pour lesquels cet instrument doit être préféré au forceps, quand la tête vient se présenter à ce détroit, dans la première et la deuxième position du vertex. Ces motifs sont : 1° que le levier peut imprimer, plus facilement que le forceps, à la face les mouvements qu'elle doit subir, pour être extraite selon le mécanisme de l'accouchement naturel ; 2° qu'il peut aussi, mieux que le forceps, diriger la face et le reste de la tête dans la direction de l'axe du détroit supérieur ; 3° qu'étant plus simple, il est aussi plus facile à appliquer. A ces motifs principaux on peut encore ajouter la raison suivante : c'est que la tête étant située transversalement, le forceps ne peut être appliqué sur les parties latérales du bassin, parce que l'une cuillère serait appliquée sur la partie antérieure du cou et l'autre sur le vertex, et que cette application pourrait occasionner des lésions plus ou moins dangereuses à ces parties. Selon Dugès, il faut dans ce cas renoncer à l'emploi du forceps. Enfin, il est nécessaire d'y ajouter encore, que le levier sera surtout

d'un emploi plus avantageux que le forceps, quand le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur est rétréci. C'est pour ce rétrécissement qu'il faut le plus souvent recourir aux instruments, pour terminer l'accouchement.

Le levier doit être appliqué dans ce cas avec les mêmes précautions que quand l'extrémité céphalique se présente au détroit supérieur, dans la première et la deuxième position du vertex. On place cet instrument sur la partie latérale de la tête et sur l'occiput, et on tâche, en l'extrayant, de lui imprimer tous les mouvements qu'elle doit subir dans le mécanisme de l'accouchement naturel par la face. On a soin aussi d'agir de manière que l'une partie de la face ne descende pas plus que l'autre. Je crois devoir consigner ici un cas où, dans une position de la face, je n'ai pu extraire la tête avec le forceps et où je l'ai très-facilement amenée au dehors avec le levier.

Comme je l'ai déjà dit précédemment, l'épouse de ...., demeurant rue aux Draps, en cette ville, ressentit les premières contractions utérines le 12 août 1829, et fit appeler M. Janson, père. Cet accoucheur observa, après la rupture des membranes, que l'enfant se présentait au détroit supérieur dans la première position de la face et que le diamètre sacro-pubien de ce détroit n'avait que trois pouces. La femme continua à avoir des douleurs assez fortes pendant le reste de la journée et la nuit suivante, mais dans la matinée du 13 elles s'affaiblirent et elles cessèrent complètement à midi. A cinq heures de l'après-dîner, mon confrère crut devoir recourir au forceps pour terminer l'accouchement. Mais malgré les tractions les plus fortes faites avec cet instrument, il ne put

parvenir à amener la tête au dehors. C'est alors qu'il me fit appeler. Après nous être concertés sur la conduite à tenir, nous convînmes de faire un nouvel essai avec le forceps, mais tous nos efforts furent vains; nous ne pûmes faire descendre la tête. Alors je proposai à mon confrère de recourir à l'emploi du levier. Cette proposition ayant été agréée, j'employai cet instrument avec les précautions indiquées et au bout de quelques minutes je parvins à amener la tête au dehors. L'enfant était vivant.

L'observation suivante prouvera que, lorsque la face et une partie du vertex se présentent et qu'il y a rétrécissement du détroit supérieur, on peut aussi recourir avantageusement à l'emploi du levier pour extraire la tête de l'enfant.

L'épouse de M. T.... ressentait déjà, depuis quelque temps, les douleurs de l'enfantement lorsqu'elle fit appeler son accoucheur. Il reconnut, par le toucher, que l'enfant se présentait au détroit supérieur dans la première position de la face et de telle sorte, que le front était descendu beaucoup plus bas que le menton, et qu'une partie du vertex pouvait être sentie en même temps. Il trouva en outre que le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur n'avait que trois pouces. Le travail marcha d'abord assez régulièrement, mais plus tard des accidents nerveux se manifestèrent qui devinrent bientôt très-intenses. Cette complication jointe à la circonstance que la position de la face n'était pas franche, détermina mon confrère à faire la version pour terminer l'accouchement. Mais la femme se livra à des mouvements si désordonnés, qu'il fallut renoncer à cette manœuvre. On vint me chercher le 3 juillet 1843. Après avoir examiné attentivement le cas,

nous convînmes que mon confrère essaierait de nouveau de faire la version. Cette seconde tentative ne réussit pas mieux que la première. Alors nous nous décidâmes à recourir aux instruments pour terminer l'accouchement, et avec le consentement de mon confrère j'employai le levier. J'introduisis cet instrument, avec les précautions usitées en pareil cas, derrière la branche gauche du pubis et je l'appliquai sur la partie latérale de la tête et sur l'occiput. Je fis d'abord quelques tentatives pour changer la position de la face en une du vertex, mais je ne pus y parvenir. Alors dirigeant tous mes efforts pour faire descendre la tête et surtout le menton, je réussis de suite à lui faire traverser le détroit supérieur. Je continuai mes efforts; et imprimant en même temps à la tête un mouvement par lequel le menton fut porté sous la symphyse pubienne, je parvins immédiatement à l'amener au dehors. L'enfant était mort, mais n'avait pas éprouvé la moindre lésion.

Camper rapporte aussi dans les *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie,* tome XV, page 253, un cas où « M. Stylcke Jans, chirurgien très-habile à Sneck, délivra, avec la spatule, une tête enclavée, dont la face se présentait obliquement. »

Si, comme nous venons de le voir, l'emploi du levier est préférable dans les cas où la face n'a pas encore traversé le détroit supérieur, il n'en est pas de même, quand elle est descendue dans l'excavation pelvienne, ou qu'elle se trouve au détroit inférieur et qu'elle se présente comme dans les cas où les accouchements se font naturellement. Alors le forceps mérite la préférence sur le levier, parce que dans ces cas, la face a subi, soit complètement, soit à peu près, tous

les mouvements qu'elle doit subir et qu'on peut l'extraire telle qu'elle se présente ou du moins sans qu'il soit nécessaire de lui imprimer de grands mouvements. Dans ce cas l'application de cet instrument sera d'autant plus facile, que la face sera descendue plus bas et qu'elle aura plus complètement exécuté son mouvement de rotation.

L'application du forceps sera faite ici avec les mêmes précautions que lorsque le vertex se présente. On aura soin que les bords concaves des cuillères répondent au menton, qu'on dégagera d'abord sous l'arcade pubienne. Ensuite on extraira le reste de la face et le crâne.

Mais lorsque la face se trouve encore dans l'excavation et que la tête n'a pas encore subi complètement sa rotation, alors on doit agir de manière que les bords concaves des cuillères répondent au menton, parce que ces bords concaves et le menton doivent être portés sous la symphyse pubienne.

Les auteurs anglais, tels que Denman et Burns, prétendent que, quand la face se présente, le levier mérite la préférence sur le forceps pour délivrer la femme. Ce dernier auteur dit à ce sujet, page 339, « but in face cases, the lever being less apt to slip, » is preferable. »

Il est nécessaire de remarquer, que ces accoucheurs accordent la préférence au levier dans les positions de la face, sans distinguer si elle se présente au détroit supérieur ou inférieur, ou bien dans l'excavation pelvienne. Je crois cependant que cette distinction n'est pas sans importance. Car, lorsqu'on fait coucher la femme sur le côté gauche et que la face est descendue dans l'excavation pelvienne ou au détroit infé-

rieur, et qu'elle a subi plus ou moins complètement sa rotation, cet instrument peut être employé avantageusement pour extraire la tête. Mais quand elle se présente encore au détroit supérieur et qu'elle est située encore transversalement, alors cet instrument est peu convenable.

Au reste, je n'oserais décider si réellement, lorsque la face est descendue au détroit inférieur, le levier, employé à la manière des Anglais, mérite la préférence sur le forceps. Car, dans cette circonstance, j'ai toujours employé le second instrument pour les motifs que j'ai déjà indiqués et je n'ai eu recours au premier que pour autant que la face déviât de cette bonne position. Dans ce cas, j'ai toujours tâché, en extrayant la tête, de la réduire à une position plus favorable.

Quand le menton est tourné en arrière, dans les positions de la face, les auteurs ne sont pas d'accord sur la manière dont cet accouchement peut se terminer par les efforts de la nature, ni sur la manière dont on doit extraire la tête dans ce cas. Mme Lachapelle dit, tome Ier, page 378 : «Je soutiens impossible la terminaison d'un accouchement par la face, quand le menton est en arrière, soit primitivement, soit secondairement, à moins qu'on n'ait affaire à un véritable avorton ; » puis plus loin, page 403, « le menton ne doit jamais, *sous quelque prétexte que ce soit,* être conduit et dégagé en arrière : ce serait vouloir se créer des obstacles invincibles et tuer l'enfant. » C'est pour ce motif qu'elle recommande de faire plutôt la version que de l'extraire de cette manière.

D'autres accoucheurs recommandent dans ce cas, de

ramener le menton peu à peu sous la symphyse pubienne en extrayant la face.

Enfin le docteur Szokalski a communiqué à la Société de Médecine de Gand une observation, dans laquelle il est parvenu à extraire la tête avec le forceps « le front sous la symphyse et le menton vers le périnée. » L'enfant était vivant.

L'auteur de cette observation cite encore d'autres accoucheurs qui ont également observé des cas où le menton était dirigé vers la face antérieure du sacrum et où l'accouchement s'est aussi terminé par les seuls efforts de la nature. Il ajoute un autre cas où l'on a de même extrait la tête de l'enfant de cette manière, avec le forceps, et où il était vivant.

Le levier a été encore employé, lorsque la face et une partie du vertex se présentent, pour changer cette position en une du vertex, en abaissant l'occiput, comme j'ai tâché de le faire dans la seconde observation, ou bien pour faire descendre la partie de la face qui est arrêtée. En effet, on observe quelquefois que le menton est descendu plus bas que le front et vice-versâ; d'autres fois l'une joue se trouve plus basse que l'autre. Dans ces circonstances, on tâche d'abord d'abaisser la partie de la face qui est arrêtée à l'aide de la main, et si on ne réussit pas de cette manière, on peut le faire avec le levier.

DE L'USAGE DU FORCEPS ET DU LEVIER QUAND LA TÊTE RESTE ENCORE DANS LA CAVITÉ UTÉRINE, LE TRONC ÉTANT SORTI.

Si, après la sortie des extrémités inférieures et du tronc, la tête est encore retenue dans la cavité uté-

rine, et qu'on ne puisse la dégager avec la main, il faut dans ce cas recourir au forceps ou au levier pour l'extraire, surtout si l'enfant est vivant.

Cependant il faut bien convenir que l'emploi de ces instruments n'est pas alors beaucoup plus avantageux que celui de la main, soit pour extraire la tête de l'enfant, soit pour l'amener vivant.

Sous le premier rapport, la main peut très-bien extraire la tête, parce qu'elle peut lui imprimer tous les mouvements qu'elle doit subir dans le mécanisme de l'accouchement naturel et l'amener au dehors, selon la direction des axes du bassin, et parce qu'en outre on peut faire avec elle de fortes tractions sur cette partie.

Sous le second rapport, ces instruments ne sont pas d'un emploi avantageux pour amener l'enfant vivant, parce qu'on n'y a recours, en général, qu'après avoir fait des tractions plus ou moins fortes avec la main et parce que l'application de ces instruments et l'extraction de l'enfant sont plus ou moins difficiles, à cause du rétrécissement du bassin (1). Si donc on a

---

(1) Le rétrécissement du bassin doit être considéré comme la cause principale qui empêche l'extraction de la tête par la main. Il est bien entendu que les efforts qui ont été tentés pour l'extraire, doivent avoir été faits d'après les règles de l'art. Mais ce rétrécissement peut être léger ou considérable. Dans le premier cas, on pourra quelquefois délivrer la femme avec le forceps ou le levier; dans le second, lorsque l'enfant est mort, il faudra avoir recours aux crochets ou au perce-crâne.

Comme chacun le sait, lorsque la tête vient se présenter au détroit supérieur et que le diamètre sacro-pubien n'a que trois pouces et demi, quelques accoucheurs recommandent de faire la version. Mais il se pourrait fort bien qu'après l'avoir faite, on ne put extraire la tête de l'enfant avec la main et qu'on fût obligé de recourir à l'emploi de ces instruments pour l'amener au dehors. Ainsi donc on n'aurait fait une opération aussi grave que pour finir par où l'on aurait dû commencer.

égard à ces circonstances, ainsi qu'au peu de temps que le cordon ombilical peut être comprimé sans occasionner la mort de l'enfant, on sera convaincu qu'en employant ces instruments on ne parviendra que rarement à amener des enfants vivants.

Cependant, il pourrait arriver que la tête de l'enfant, surtout s'il vit encore, ne pût être dégagée par la main, que l'un ou l'autre de ces deux instruments eût été employé de préférence à la main, ou qu'on eût été obligé de se servir d'autres instruments, tels que les crochets ou le perce-crâne, sans pouvoir l'amener. Dans ce cas il faudrait bien recourir à l'emploi du forceps et du levier pour l'extraire. Pour ces motifs, nous allons indiquer maintenant les circonstances dans lesquelles il est préférable en pareil cas de se servir de l'un ou de l'autre de ces instruments pour délivrer la femme.

Le levier doit être préféré, quand la tête, à cause du rétrécissement du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur n'a pas encore traversé ce détroit et que l'occiput répond aux pubis, ou bien lorsque la tête est située transversalement, et que l'occiput répond à l'un ou à l'autre côté de la cavité pelvienne. Dans ces cas, le levier mérite la préférence sur le forceps, à peu près pour les mêmes motifs pour lesquels il doit être préféré dans la première ou la deuxième position du vertex. Alors on porte le tronc en arrière, on introduit le levier derrière l'une ou l'autre branche du pubis, et en combinant les mouvements d'élévation du manche avec ceux d'extraction, on tâche d'amener la tête de l'enfant.

Voici une observation où nous avons fort bien réussi à délivrer la femme de cette manière.

La sage-femme D... me fit appeler, le 27 mars 1844,

auprès de l'épouse de M. ....., et me rapporta que cette dame, depuis trois heures, éprouvait les vraies douleurs de l'enfantement, qu'elle avait déjà eu trois accouchements difficiles, à cause d'un rétrécissement du détroit supérieur et qu'elle n'avait pu mettre encore qu'un seul enfant vivant au monde. Elle ajouta que les membranes étaient rompues, que l'enfant se présentait dans la première position des pieds, qu'il y avait en même temps procidence du cordon, qui depuis un quart-d'heure était sans pulsations. Après avoir examiné attentivement le cas, nous nous décidâmes à terminer l'accouchement. Je parvins à extraire assez facilement les extrémités inférieures et le tronc, mais la tête se présentait transversalement au détroit supérieur de manière que l'occiput répondait à gauche. Je fis tout mon possible pour changer cette position ; mais tous mes efforts furent inutiles, parce que la boîte osseuse se présentait ainsi le plus avantageusement pour traverser le détroit supérieur, eu égard au rétrécissement de ce détroit. Comme je ne pus produire ce changement, et que d'un autre côté cette position n'était pas favorable pour opérer des tractions sur la tête avec la main, je résolus d'avoir recours au levier pour l'extraire. J'abaissai le tronc de l'enfant autant que je pus, j'introduisis l'instrument derrière la branche du pubis gauche et je l'appliquai sur la partie latérale de la tête en levant le manche et en faisant des efforts d'extraction, je parvins très-facilement à la faire passer par le détroit supérieur et puis à la dégager tout-à-fait. L'enfant donnait encore quelques signes de vie, mais il ne tarda pas de mourir. Derrière la bosse frontale, on observait une légère dépression qui provenait de la saillie du promontoire du sacrum.

Comme on le voit, l'enfant donnait encore des signes de vie, quoiqu'il y eût eu cessation des pulsations dans le cordon depuis plus d'une demi-heure. Certes, s'il y avait de l'espoir de conserver la vie à l'enfant, c'était bien en employant le levier.

Nous trouvâmes, après l'accouchement, que le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur ne mesurait que trois pouces.

Il n'est donc pas étonnant que la tête se soit dirigée transversalement et que nous n'ayons pu changer cette position; car, si le bassin est difforme, il en résulte que la boîte osseuse ne peut pas se présenter comme dans le mécanisme de l'accouchement naturel, et qu'elle ne peut être extraite de cette manière. Elle se présente dans une position transversale, qui est la plus avantageuse pour qu'elle puisse traverser le détroit supérieur.

Lorsqu'au contraire l'occiput est tourné en arrière et la face en avant, alors on recommande de tourner la tête, de manière que l'occiput réponde aux pubis, et de terminer l'accouchement comme dans le cas précédent. Mais il est à remarquer que l'on ne peut pas toujours exécuter ce changement de position, comme on peut le voir dans le cas suivant.

L'épouse de C..... s'était déjà accouchée trois fois. sans avoir pu mettre un seul enfant vivant au monde, lorsque je fus appelé, le 20 juin 1843, avec deux de mes confrères, pour l'assister dans son quatrième accouchement. Après la rupture des membranes, nous constatâmes que l'enfant se présentait dans la troisième position des pieds, qu'il y avait en même temps procidence du cordon ombilical dans lequel on sentait encore des pulsations, qu'en outre le diamètre sacro-

pubien du détroit supérieur n'avait que trois pouces. Pour tous ces motifs nous jugeâmes nécessaire de terminer l'accouchement.

La femme étant convenablement placée, le médecin qui avait été appelé le premier, se chargea d'amener les pieds et tâcha, en les extrayant, de changer la troisième position des pieds en deuxième; mais il ne parvint qu'avec la plus grande difficulté à produire ce changement et à dégager l'enfant jusqu'aux épaules. Alors l'un de nous essaya d'amener les bras, mais cette manœuvre fut encore plus difficile que la première. Enfin on parvint à les extraire. On me chargea alors de faire l'extraction de la tête. En examinant le cas, je trouvai que la tête n'avait pas subi sa rotation, que la face était tournée en avant, et que les os pubis avaient accroché le menton qui débordait ces os de plus d'un demi-pouce. Je tâchai de ramener l'occiput en avant; mais, malgré tous les efforts que je fis, je ne pus y réussir. Nous convînmes alors d'avoir recours à la craniotomie. Nous nous décidâmes d'autant plus vîte à cette opération que le cordon n'offrait plus de pulsations. J'ouvris la suture occipito-pariétale avec le perce-crâne, j'y introduisis ensuite le crochet mousse, et en faisant des tractions avec cet instrument, je parvins à amener assez facilement la tête au dehors.

Mme Lachapelle dit, tome II, page 80 : « les pubis ne sont pas conformés de manière à accrocher le menton. » Si ceci est vrai dans un bassin bien conformé, il n'en est pas de même lorsque le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur a moins de trois pouces, car alors, les pubis peuvent fort bien accrocher cette partie, comme le prouve le fait qui précède.

Si donc, comme dans le cas qui précède, on ne

peut changer la position de la face, ni l'extraire avec la main, il faut, si l'enfant est vivant, employer le levier à la manière des Anglais, en plaçant la femme sur le côté gauche. Mais si l'enfant est mort, ce qui arrive presque toujours, on peut recourir au levier ou au forceps, ou bien aux crochets ou au percecrâne.

Le levier peut encore être employé avantageusement pour extraire la tête, lorsque le détroit inférieur est trop rétréci, qu'il n'y a, par exemple, qu'un pouce d'intervalle entre les tubérosités ischiatiques. Herbiniaux rapporte une observation, tome I[er], page 264, où il n'y avait qu'un demi-pouce de largeur entre les tubérosités ischiatiques, et où, après avoir fait la version, il parvint à extraire l'enfant jusqu'à la tête, qui fut alors amenée au dehors avec le levier, en la faisant passer derrière ces tubérosités.

Après avoir exposé tout ce qui est relatif à l'emploi du levier dans ces cas, nous allons indiquer les circonstances où il convient d'employer le forceps.

Ce dernier instrument mérite la préférence sur le levier, lorsque la tête est descendue dans l'excavation du bassin ou qu'elle se trouve au détroit inférieur et qu'on ne peut l'extraire avec la main, surtout si l'enfant est encore vivant. Il faut, en outre, que le rétrécissement du diamètre sacro-pubien du détroit ne soit pas trop considérable, parce qu'alors l'instrument serait très-difficile à appliquer.

Avant de faire l'application du forceps, il faut aussi tâcher de donner une position convenable à la tête de l'enfant, afin qu'on puisse l'extraire dans le sens de ses plus petits diamètres.

8

La femme étant convenablement placée, on soulève le tronc de l'enfant autant que possible, et on applique l'instrument avec les mêmes précautions que lorsque la tête se présente la première.

Il est facile de voir que dans ces cas cet instrument n'est pas employé avantageusement. Aussi, Mme Lachapelle dit, t. Ier, p. 77 et 78 : « J'ai plusieurs fois fait l'essai du forceps, après la sortie du tronc, et chaque fois sans véritable utilité. Il est difficile de l'appliquer et de s'en aider convenablement après l'application. »

DE L'EMPLOI DU LEVIER POUR CHANGER LES INCLINAISONS VICIEUSES DE LA TÊTE.

Il y a des accoucheurs qui n'emploient pas le levier pour extraire la tête et qui ne s'en servent que pour changer les inclinaisons vicieuses de cette partie. Ils l'appliquent dans ce cas sur la partie de la tête qui est vicieusement relevée, et tâchent, de cette manière, de l'abaisser ou de la faire descendre. Lorsqu'ils ont obtenu cet effet, ils l'abandonnent aux efforts de la nature, s'il y a encore des contractions utérines. Si, au contraire, il y a inertie de l'utérus, ils ont recours au forceps pour l'extraire.

Ce but peut être fort bien atteint à l'aide du levier. Cependant je crois qu'on peut recourir à cet instrument, non seulement pour changer les inclinaisons vicieuses de la tête, mais aussi pour l'extraire, comme le prouve l'exemple suivant.

L'épouse de M. ....., âgée de trente ans, s'était accouchée quatre fois par les seuls efforts de la nature, lorsque, pendant la nuit du 23 au 24 septembre 1847,

elle commença à ressentir les douleurs d'un cinquième enfantement. Le travail marcha lentement jusqu'à six heures du matin; alors la poche des eaux se rompit et cette dame fit chercher M. le docteur Meulewaeter pour l'assister pendant son accouchement. Ce médecin trouva, par l'examen de cette femme, qu'il y avait une grande obliquité antérieure de l'utérus, que la tête se présentait tout-à-fait à droite et qu'on observait à gauche un vide par lequel s'échappait le cordon ombilical, qui offrait encore des pulsations. Il reconnut aussi que le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur n'avait que trois pouces et un quart. On me fit appeler en consultation. Après avoir conféré sur le cas, nous convînmes de repousser le cordon et d'introduire un morceau d'éponge entre l'orifice de l'utérus et la tête de l'enfant, pour empêcher une nouvelle sortie du cordon. Les douleurs restèrent faibles jusques vers midi, mais alors elles devinrent plus fortes et le morceau d'éponge fut expulsé. Le cordon glissa de nouveau dans le vagin, en offrant encore de fortes pulsations. Pour ce motif, nous le refoulâmes au-dessus de la tête. Il ne sortit plus. Après la réduction du cordon, les contractions utérines devinrent plus fortes et la tête remplit peu à peu tout le détroit supérieur. Le toucher nous fit découvrir que la partie latérale droite de la boîte osseuse se présentait à ce détroit, que la suture sagittale répondait au sacrum et l'occiput à gauche, et que l'oreille droite était située au-dessus des pubis. Dans l'après-dîner, les douleurs s'affaiblirent, les pulsations du cordon devinrent plus faibles et la position de la tête resta la même. Alors nous nous décidâmes à terminer l'accouchement par le levier, et mon confrère se chargea de l'appliquer.

La femme étant convenablement placée, il introduisit cet instrument, avec les précautions requises, derrière le pubis gauche et l'appliqua sur l'occiput. En faisant alors des efforts d'élévation et d'extraction, il parvint à faire descendre la tête jusqu'à la vulve, puis à l'amener tout-à-fait au dehors. Il fut bien surpris de l'avoir pu extraire aussi vite et aussi facilement, sans produire des lésions à la mère. L'enfant était dans un état d'asphyxie, mais il fut aisément ramené à la vie par les moyens usités en pareil cas.

DE L'EMPLOI DU FORCEPS ET DU LEVIER, QUAND LA TÊTE, SÉPARÉE DU TRONC, EST RESTÉE SEULE DANS L'UTÉRUS.

Si la détroncation a lieu et que la tête reste seule dans l'utérus et qu'on ne puisse l'extraire avec la main, on pourra, dans quelques circonstances, recourir à l'emploi du forceps pour l'amener au dehors.

Dans ce cas, on tâche de donner une position favorable à la tête en mettant le diamètre occipito-mentonnier en rapport avec les axes du bassin et en tournant la face en arrière; alors on applique les cuillères du forceps sur les parties latérales de la boîte osseuse et on l'extrait suivant la direction des axes du bassin.

Il a été communiqué un cas au docteur Colin-Mackenzie où l'on est parvenu, de cette manière, à extraire la tête qui était restée dans le vagin. Voyez *Cases in Midwifery*, by William Perfect, tome II, page 74.

Comme ce cas ne se présente que rarement, et qu'il faut se conduire d'une manière différente, d'après les circonstances, nous ne nous étendrons pas davantage sur cet objet.

DE L'EMPLOI RATIONNEL

DU

FORCEPS ET DU LEVIER.

(TROISIÈME MÉMOIRE).

Dans deux mémoires (1) nous croyons avoir suffisamment prouvé que le levier possède une force extractive réelle. Qu'il nous soit permis d'ajouter encore les considérations suivantes; car plus on réfléchit sur cet objet, et plus on trouve de motifs pour accorder au levier cette force extractive et pour l'employer comme tel.

M. le professeur Fraeys dit (2) :

« Je n'ai jamais compris l'opiniâtreté que mettent
» les accoucheurs français à rejeter le pouvoir extrac-
» teur du levier, alors que dans les arts et journelle-
» ment dans une foule de circonstances, ce pouvoir
» se développe sous nos yeux avec une supériorité, à

(1) Voir Annales de la Société de Médecine de Gand, 1842 et 1849.

(2) Bulletin de la Société de Médecine de Gand, mois de novembre 1849, *Coup-d'œil comparatif sur le mode d'action du forceps et du levier.*

» laquelle n'atteignent pas les autres instruments.
» N'est-ce pas généralement au levier du premier ou
» du troisième genre qu'on a recours lorsqu'il s'agit
» d'extraire d'une cavité quelconque, d'un encadre-
» ment, un corps qui s'y trouve étroitement enfermé
» ou serré? Ces conditions ne se retrouvent-elles pas
» dans l'excavation pelvienne et ses deux détroits,
» quand ils sont occupés par la tête de l'enfant?
» N'est-ce pas ainsi qu'agissent la lame du couteau
» qui ouvre une serrure ou débouche une bouteille, le
» levier qui retire un pavé, la langue de carpe et le
» pied de biche qui enlèvent les chicots de dents, l'élé-
» vatoire dans l'opération de trépan, etc., etc.? Dans
» tous ces cas, le petit bras de levier, c'est-à-dire la
» portion introduite de l'instrument, si on le prolon-
» geait, irait tomber sur l'une des parois de la cavité
» contenante, et formerait, ainsi que le remarque
» M. Boddaert, un angle à sinus ouvert du côté de
» l'entrée de l'instrument, ce qui fait mouvoir dans
» ce sens le corps à extraire. »

D'ailleurs, le levier est employé non seulement dans les arts comme puissance extractive; mais les chirurgiens s'en servent de cette manière, dans une foule de cas, pour extraire des corps étrangers de l'oreille, du canal de l'urètre. M. le professeur Velpeau dit à ce sujet (1) : « Ces corps fragiles contenus dans le
» conduit auditif, exigent beaucoup plus de précau-
» tions; une fausse perle, dit Boyer, brisée dans le
» conduit auditif par un chirurgien qui voulut la re-

---

(1) Nouveaux éléments de médecine opératoire, tome II, page 246, édition de Bruxelles.

» tirer, mit la vie du malade en danger, détermina
» la suppuration du tympan et la perte de l'ouie;
» c'est donc avec une curette mince, quoique assez
» solide, qu'on doit les aller chercher en suivant la
» paroi inférieure du canal, pour la conduire au-
» dessous du corps à enlever, et s'en servir ensuite
» comme d'un *levier* du premier genre, en abaissant
» son manche au moment de l'extraction. » Ainsi cette
curette, en forme de levier, est employée pour extraire un corps fragile de l'oreille, et le levier ne pourrait extraire la tête de l'enfant, lorsqu'on sait d'avance quels mouvements on doit lui imprimer et dans quel sens elle doit être dirigée pour l'amener au dehors?

Enfin, peut-on considérer comme sérieuse l'objection qu'on a faite que le levier ne possède pas une force extractive, et que, lorsqu'on réussit à amener la tête de l'enfant au-dehors, avec cet instrument, il faut l'attribuer à ce qu'il fait revenir les contractions utérines? On pourrait faire cette concession lorsque la tête est descendue jusqu'à la vulve, et qu'alors par l'introduction de cet instrument les contractions utérines reviennent et à la fin l'expulsent. Mais quand nous avons recours à l'emploi de cet instrument, c'est particulièrement parce qu'à cause du rétrécissement du détroit supérieur, il survient une inertie utérine pour laquelle nous sommes obligé d'employer une grande force pour délivrer la femme, et si nous réussissons alors mieux avec le levier qu'avec le forceps, c'est parce que le premier de ces instruments possède plusieurs avantages sur le second. Or, il est arrivé très-souvent que lorsque des partisans du forceps avaient déjà employé infructueusement un grand degré de

force extractive pour amener la tête de l'enfant, nos soins ont été réclamés pour délivrer la femme; dans ces cas, nous avons également fait de fortes tractions avec le même instrument sans aucun succès, et ce n'est que lorsque nous étions épuisé en quelque sorte par les efforts infructueux que nous avions faits, qu'alors, avec le consentement de mes confrères, j'ai appliqué le levier et délivré la femme avec la plus grande facilité. Ainsi, dans ces cas, lorsqu'il y avait inertie utérine, lorsqu'on avait employé le forceps et lorsqu'on avait fait les plus grands efforts de traction avec cet instrument pour extraire la tête, sans aucun avantage, alors la simple introduction du levier aurait suffi pour faire revenir les contractions utérines qui auraient expulsé la tête de l'enfant? nous le demandons, y a-t-il un homme raisonnable qui puisse admettre une pareille manière de voir? Ensuite, ce qui n'est pas moins absurde, ce serait de croire que lorsque Roonhuysen, De Bruyn, Herbiniaux et tant d'autres accoucheurs ont réussi à extraire la tête de l'enfant au moyen du levier, il faut l'attribuer à ce que l'introduction de cet instrument a suffi pour faire revenir les douleurs, et non à la force extractive de l'instrument.

D'ailleurs, si les partisans du forceps soutiennent qu'on ne peut extraire la tête avec le levier, c'est là justement un motif pour lequel ce dernier instrument peut être employé avantageusement. Car, comme la boîte osseuse se présente au détroit supérieur dans le sens de son grand diamètre (*l'occipito-frontal*), il est nécessaire avant de l'extraire, afin d'imiter le mécanisme de l'accouchement naturel, d'opérer la flexion de la tête et d'abaisser l'occiput, pour qu'elle se pré-

sente avec un plus petit diamètre. Au contraire, le forceps étant un instrument extracteur, qui extrait la tête telle qu'elle a été saisie, ne convient pas, parce qu'il l'amène dans le sens de son grand diamètre. Le forceps ne peut convenir que quand la flexion de la tête est faite, et qu'elle vient se présenter avec l'extrémité occipitale. S'il fallait, par exemple, extraire un calcul de la vessie ou une olive renfermée dans une bouteille, et si on savait d'avance qu'on ne peut les saisir que par leurs grands diamètres, comme il en est de la tête, on ferait tout son possible, par l'un ou l'autre instrument, pour qu'avant de les extraire, ils vinssent se présenter de manière à ce que le plus petit diamètre corresponde au diamètre du conduit à traverser.

Le levier est généralement employé pour changer les positions défectueuses de la tête en de plus favorables; mais quand elle se présente au détroit supérieur, sa position n'est pas défectueuse, puisqu'elle se présente ainsi dans le mécanisme de l'accouchement naturel. Cependant le diamètre occipito-frontal de la tête est en rapport avec le diamètre transverse ou oblique du détroit supérieur, lequel diamètre occipito-frontal doit être changé par le mécanisme de l'accouchement naturel dans le vertical. Or, en l'extrayant par le forceps, on empêche ce changement, et, elle traverse, avec ce grand diamètre, le détroit supérieur, l'excavation pelvienne et le détroit inférieur. Au contraire, en employant le levier, on abaisse par cet instrument l'occiput, et on obtient que la tête se présente partout avec de petits diamètres. Ainsi donc, quand nous y avons recours, c'est pour prévenir que

la boîte osseuse, pendant son extraction, ne se présente avec de grands diamètres.

Les partisans du forceps se sont donc singulièrement mépris sur ce que nous faisons avec le levier, quand ils prétendent que nous ne pouvons extraire la tête avec cet instrument. Car, peut-on considérer comme une opération bien difficile de faire fléchir la tête sur la poitrine, d'abaisser l'occiput, et n'est-ce pas là tout ce qui se fait dans l'accouchement naturel? Lorsque cette flexion de la boîte osseuse est faite, on peut continuer à l'extraire au moyen de cet instrument, ou bien, si on rencontre de trop grandes difficultés, on peut avoir recours au forceps pour l'amener au dehors.

Désormeaux, en parlant du levier, dit avec raison que « la manière d'agir de cet instrument n'a pas été bien comprise. » Cela est vrai, car les partisans du forceps rejettent cet instrument, parce qu'il ne possède pas une force extractive; mais, comme dans le mécanisme de l'accouchement naturel, la tête doit se fléchir sur la poitrine en traversant le détroit supérieur, il en résulte que pour imiter ce mécanisme, on doit employer un instrument modificateur et extracteur comme le levier, qui d'abord fait fléchir la boîte osseuse sur la poitrine et l'extrait ensuite. C'est pour ce motif que le forceps, qui est un instrument simplement extracteur, ne convient pas, parce qu'il embrasse la tête par ses deux cuillères et empêche ainsi la flexion de cette partie sur la poitrine, et de cette manière rend impossible l'accomplissement du mécanisme de l'accouchement naturel.

Cela prouve combien la manière d'agir du levier a été mal comprise, puisqu'on le rejette justement

pour le motif pour lequel il convient, et on veut employer le forceps pour des motifs pour lesquels il ne peut être employé avantageusement.

Au reste, il fallait bien que cette action du levier ne fût pas bien comprise, car comment pourrait-on expliquer l'étonnante facilité avec laquelle on peut, au moyen de cet instrument, faire franchir à la tête le détroit supérieur?

D'ailleurs, si théoriquement parlant, il restait quelque doute à cet égard, la pratique viendrait confirmer qu'au moyen du levier on peut exercer un grand degré de force extractive. Supposons pour un moment deux praticiens, dont l'un manierait aussi bien le levier que l'autre le forceps, dans le cas de rétrécissement du détroit supérieur et qui auraient à amener au dehors la tête de l'enfant; le premier pourra, plus facilement et plus avantageusement pour la mère et l'enfant, délivrer la femme que le second. Nous disons que si ce résultat n'était pas obtenu, il faudrait l'attribuer à la maladresse de l'opérateur, et non à l'impossibilité d'extraire la boîte osseuse au moyen de cet instrument.

DES RÈGLES QUI DOIVENT GUIDER L'ACCOUCHEUR DANS L'EMPLOI DU FORCEPS ET DU LEVIER.

Les règles qui nous ont guidé dans l'emploi de ces deux instruments, sont déduites d'un côté de leur forme et de leur mode d'action, et d'un autre côté, des différences que l'on observe dans le manière dont la tête se présente quand il faut recourir à leur emploi.

Nous croyons avoir suffisamment prouvé, au com-

mencemcnt de notre premier mémoire, que le forceps et le levier, ayant une forme différente, doivent aussi différer dans leurs modes d'action, et que le premier est un instrument extracteur, tandis que le second peut être employé comme un instrument extracteur et modificateur. Passons donc aux différences que l'on observe dans la manière dont la tête se présente quand il faut les employer.

Ces différences proviennent de différentes circonstances que nous allons rapidement passer en revue.

1° *Position de la tête.*

Ainsi elle peut se trouver au détroit supérieur, et se présenter avec ses grands diamètres, tandis qu'au détroit inférieur, ses petits diamètres peuvent correspondre à ceux de ce détroit. Notons que la direction de l'axe du détroit supérieur est entièrement différente de celle du détroit inférieur. Cette première différence est la principale, et mérite surtout de fixer l'attention des accoucheurs par rapport à l'emploi des instruments.

2° *L'occiput peut correspondre au pubis ou au sacrum.*

Considéré sous ce rapport, l'emploi de ces instruments est bien différent. Car le levier ne peut être employé avantageusement lorsque la boîte osseuse, dans la troisième et quatrième position du vertex, est descendue dans l'excavation pelvienne ou au détroit inférieur, parce que l'application de cet instrument sur la face pourrait produire des lésions plus ou moins fortes sur cette partie.

3° *La position de la tête peut dévier plus ou moins du mécanisme de l'accouchement naturel.*

Ainsi il arrive quelquefois que, quand elle est des-

cendue dans l'excavation pelvienne, elle ne se fléchit pas sur la poitrine, et de cette manière un grand diamètre de la boîte osseuse, ou l'occipito-frontal, est en rapport avec un de l'excavation pelvienne.

Ajoutons encore, que lorsqu'il y a difformité ou rétrécissement du bassin, il est souvent plus avantageux de recourir au levier qu'au forceps, parce que le premier est un instrument simple, facile à manier et qui n'occupe que peu de place.

D'après la différence dans la forme et le mode d'action du forceps et du levier, et d'après la position de la tête, il y a un choix à faire entre ces deux instruments. Ainsi, il faut recourir à l'instrument extracteur ou au forceps, quand la tête se présente avec de petits diamètres, et qu'elle peut être extraite selon la direction de l'axe, comme par exemple, au détroit inférieur. Au contraire, il faut se servir du levier pour l'extraire quand elle est encore au détroit supérieur, parce qu'elle se présente avec de grands diamètres, et qu'en l'extrayant avec cet instrument, on peut lui imprimer les mouvements qu'elle subit dans le mécanisme de l'accouchement naturel, c'est-à-dire opérer la flexion de la boîte osseuse sur la poitrine et en même temps la diriger suivant la direction de l'axe du détroit supérieur.

De même, quand la tête ne suit pas le mécanisme de l'accouchement naturel, et qu'un de ses grands diamètres est en rapport avec celui du bassin, alors il est également plus avantageux de se servir du levier pour l'extraire, parce que par l'emploi de cet instrument, on peut corriger cette déviation et l'amener ainsi au dehors avec ses plus petits diamètres.

D'après cela, on voit que pour l'emploi de l'un ou

de l'autre de ces instruments, nous préférons celui qui nous permet de faire franchir à la tête la filière du bassin par ses plus petits diamètres, et en même temps selon la direction des axes du bassin et d'imiter le mécanisme de l'accouchement naturel. Ce précepte est généralement observé, quand on fait la version dans l'art des accouchements; quand en chirurgie, on fait l'extraction d'un corps étranger, de même quand on doit extraire une olive ou un bouchon par le goulot d'une bouteille; tout ceci me paraît si clair et si évident, qu'on ne peut faire la moindre objection contre un pareil précepte. Je crois aussi qu'on ne pourraît citer qu'un seul cas où ce précepte ne soit généralement observé : c'est lorsqu'on applique le forceps au détroit supérieur, la tête se présentant avec son diamètre occipito-frontal.

Jusqu'ici, nous nous sommes particulièrement occupé de l'emploi de ces deux instruments, quand la tête se présente au détroit supérieur, ou bien qu'elle est descendue à l'inférieur, parce que dans le premier cas, elle n'a pas encore subi de mouvements, tandis que dans le second, elle les a subis, et que dans ces deux circonstances les avantages et les désavantages de ces deux instruments sont plus prononcés. Il nous reste maintenant à nous occuper de leur emploi, quand la tête se trouve dans l'excavation pelvienne. Dans ce cas, comme la boîte osseuse a subi en partie ses mouvements, mais qu'elle doit encore en subir quelques-uns, les avantages et les désavantages de ces instruments se balancent, et il est à peu près indifférent de se servir du forceps ou du levier.

DE L'UTILITÉ DU FORCEPS ET DU LEVIER EN GÉNÉRAL, ET DES AVANTAGES QUE L'ART DES ACCOUCHEMENTS PEUT RETIRER DES RÈGLES PRÉCÉDEMMENT ÉTABLIES.

Ces deux instruments doivent être considérés comme les plus utiles qui aient été inventés dans l'art de guérir, car eux seuls ont l'avantage de conserver la vie à plusieurs individus, sans nuire à aucun d'eux, quand ils sont bien appliqués.

Pour mieux prouver toute l'importance des services que ces deux instruments peuvent rendre dans l'art des accouchemenjs, on n'a qu'à se rappeler qu'il survient quelquefois pendant le travail une inertie utérine. Les contractions de l'utérus diminuent de telle manière, que cet organe devient incapable d'expulser l'enfant de sa cavité; la mort de la femme et de l'enfant deviennent alors inévitables, si on ne délivre la femme par l'un ou par l'autre de ces instruments. De même, lorsque des accidents graves surviennent pendant l'accouchement, tels que des hémorrhagies, des convulsions, etc., qui mettent la vie de la femme ou de l'enfant en danger, il faut, si la boîte crânienne se présente et si l'orifice de l'utérus est suffisamment dilaté, recourir à l'emploi de l'un ou de l'autre de ces instruments, pour amener la tête au dehors et pour soustraire ces individus au danger qui les menace. En effet, si dans un pareil cas, on abondonne le travail à la nature, la femme ou l'enfant, ou tous les deux, pourraient succomber avant la terminaison de l'accouchement.

D'ailleurs, comme ces instruments ne sont pas tranchants, ils ne déterminent aucune lésion, et de

cette manière on sauve deux personnes sans les mutiler.

La découverte de ces deux instruments doit être considérée comme une des plus utiles et des plus importantes qui aient été faites dans l'art des accouchements.

Pour se convaincre de la vérité de ce que nous disons ici, on n'a qu'à se rappeler ce qui se faisait avant qu'ils ne fussent découverts, comme on peut le voir dans Camper (1). « L'art de retourner les en» fants, écrit-il, et de les tirer par les pieds, était l'ob» jet principal des études des accoucheurs dans le » siècle passé et au commencement de celui-ci. On » rencontrait bien des têtes enclavées, mais on n'hé» sitait pas à porter sur elles le crochet meurtrier, ou » de faire une ouverture à la tête; procédés opéra» toires aussi funestes à l'enfant que dangereux pour » la mère.

» Il est pourtant bien certain que l'on a trouvé plus » d'obstacles de la part de la tête enclavée, que par » toute autre situation de l'enfant. Les chirurgiens me » paraissent avoir caché le nombre prodigieux d'en» fants qui passèrent par le crochet; ou bien quand » ils ne se servaient pas de cet instrument, ils ont dis» simulé soigneusement le nombre des femmes mor» tes avec leurs enfants dans cet état. »

Il résulte de ce passage, extrait des œuvres de Camper, que les accoucheurs, avant l'invention de ces deux instruments, lorsqu'il y avait inertie utérine, recouraient à la version, au crochet meurtrier, ou

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. XV, p. 226.

bien qu'ils laissaient mourir la femme avec l'enfant dans l'utérus. On peut juger, par ce qui se faisait alors, des services que ces deux instruments rendent à l'art des accouchements, puisque tous les moyens autrefois employés étaient dangereux ou mortels pour la mère et l'enfant.

Ce qui augmente encore leur importance, ce sont les circonstances suivantes.

Lorsque pour les causes susmentionnées, comme l'inertie utérine, etc., il faut recourir à l'emploi du forceps ou du levier, la femme éprouve de grandes souffrances et se trouve dans le plus grand épuisement; elle est, ainsi que son enfant, dans le plus grand danger, parce que l'utérus est tout-à-fait incapable d'expulser l'enfant. Alors tout ce qui entoure la femme s'intéresse à son sort et éprouve une inquiétude bien légitime. Pour ces motifs, l'accoucheur peut être persuadé qu'il n'y a pas de moyen plus propre à se faire connaître avantageusement que celui de pouvoir terminer un accouchement dans lequel la mère et l'enfant sont exposés de mourir, et que l'on soustrait à la mort par l'emploi de ces instruments. Ajoutons encore, que dans aucune circonstance, l'homme de l'art n'éprouve une satisfaction personnelle plus grande, que quand il lui est donné de sauver deux individus sans les mutiler. C'est là une juste compensation de toutes les peines que l'accoucheur éprouve dans l'exercice de ses pénibles fonctions.

On doit se rappeler aussi, que ce sont là des cas qui peuvent arriver tous les jours dans la pratique, ou pour lesquels nous pouvons être appelés par de jeunes accoucheurs ou par des sages-femmes. Car

comme ces dernières, d'après les règlements sur l'art de guérir, ne peuvent appliquer ces instruments, il en résulte que dès qu'il faut recourir au forceps ou au levier, elles doivent appeler un docteur en l'art des accouchements pour délivrer la femme.

Si l'art des accouchements peut retirer de si grands avantages de l'emploi du forceps et du levier, lors même que les règles que nous avons recommandées de suivre n'ont pas été observées, ou bien qu'on a employé ces deux instruments indistinctement, il n'y a pas de doute qu'ils ne puissent être employés beaucoup plus avantageusement, en suivant les règles que nous avons prescrites, soit pour extraire la tête, soit pour prévenir des lésions. En observant ces préceptes, on choisit celui par lequel on peut, dans chaque cas donné, extraire la tête le plus avantageusement, et imiter le mieux le mécanisme de l'accouchement naturel.

Pour mieux connaître ce mécanisme, nous allons tâcher d'indiquer les mouvements que la tête de l'enfant subit dans la première et la deuxième positions du vertex, pour pouvoir les imiter quand on doit l'extraire.

Au commencement du travail, le diamètre occipito-frontal de la tête de l'enfant répond au diamètre transverse ou au diamètre oblique du détroit supérieur. Alors tout concourt, tout conspire vers un seul but, c'est de changer cette position et d'amener la pointe occipitale dans la direction de l'axe du détroit inférieur et de diriger la tête, à mesure qu'elle sort, dans la même direction. Voilà le vrai mécanisme de l'accouchement naturel.

La boîte osseuse est presque toujours expulsée de

cette manière; cependant quelquefois il arrive qu'elle rencontre de si grands obstacles, qu'elle s'écarte plus ou moins de ce mécanisme.

Le plus souvent la nature a assez de forces pour surmonter tous les obstacles qui s'opposent à cette expulsion; quelquefois ils sont tellement grands, qu'elle est incapable de les vaincre, et que l'art doit venir à son secours.

Si, comme nous venons de le voir, tout tend vers un seul but, d'amener la pointe occipitale dans la direction de l'axe du détroit inférieur, de même quand ces efforts sont impuissants à expulser la tête de l'enfant, tous les efforts de l'accoucheur doivent tendre vers un seul but, c'est de diriger au moyen du levier la pointe occipitale vers cette direction, quand la boîte osseuse se trouve encore au détroit supérieur. Lorsqu'elle est parvenue au détroit inférieur, si on rencontrait de grandes difficultés pour l'amener au dehors, on pourrait recourir au forceps. Il faudrait de même se servir de ce dernier instrument, si la nature était parvenue à expulser la tête jusqu'au détroit inférieur, et qu'alors il fallait recourir aux instruments.

Comme nous l'avons déjà dit, quand on doit faire usage de ces instruments, il faut se servir du forceps ou de l'instrument simplement extracteur, quand la tête se présente au détroit inférieur avec ses plus petits diamètres, et qu'elle peut être extraite selon la direction de ce détroit; alors aucun instrument ne peut être employé plus avantageusement que lui. Au contraire, quand la boîte osseuse est encore au détroit supérieur, comme alors elle se présente avec de grands diamètres, on doit avoir recours au levier

ou à l'instrument extracteur et modificateur, pour qu'en l'extrayant, on lui fasse subir des mouvements tels qu'elle vient se présenter avec de plus petits diamètres aux parties qu'elle doit traverser, et en même temps qu'on la dirige selon la direction de ce détroit.

Lorsque la tête dévie du mécanisme de l'accouchement naturel, qu'elle se présente avec ses grands diamètres aux parties qu'elle doit traverser, on doit encore recourir au levier pour lui faire subir des changements, de manière qu'elle se présente aux parties qu'elle doit traverser avec de plus petits diamètres et qu'on imite plus ou moins le mécanisme de l'accouchement naturel.

De même, lorsqu'il y a une difformité ou un rétrécissement du bassin, on peut quelquefois se servir plus avantageusement du levier que du forceps, pour extraire la tête, parce que le premier est un instrument simple, facile à manier et qui occupe moins de place que le second.

On peut conclure de ce que nous venons de dire, que notre but est, en observant ces règles, de faire franchir à la tête la filière du bassin avec ses plus petits diamètres et en même temps selon la direction des axes du bassin.

Si l'emploi de ces instruments est si avantageux lorsqu'on observe ces règles, il doit en résulter aussi de grands désavantages lorsqu'on s'en écarte. C'est aussi pour ce motif qu'il a été dit page 4 du premier mémoire : « S'il (le forceps) est employé d'autant » plus avantageusement, qu'on peut extraire la tête avec » de plus petits diamètres et selon la direction des » axes du bassin, il s'en suit aussi que cette extrac-

» tion sera d'autant plus désavantageuse que la tête » se présentera avec de grands diamètres, et qu'on » ne pourra, en l'extrayant, lui faire suivre la direc- » tion des axes. »

C'est pour ce motif que l'emploi du forceps n'est pas indiqué lorsque la tête se présente au détroit supérieur; nous extrayons le passage suivant de l'ouvrage de Mme Lachapelle, *Pratique des accouchements*, t. I, p. 74 : « Enfin, dernière difficulté, si c'est le vertex » qui se présente, on saisira la tête soit par les côtés, » soit du front à l'occiput, à une époque où elle ne » s'est pas encore fléchie, où elle présente au bassin » son diamètre occipito-frontal, et c'est dans cette di- » rection vicieuse qu'on la forcera de descendre. Ajou- » tez à cela que, pour la même raison, la face se trou- » vant sur la même ligne horizontale que l'occiput, si » on applique le forceps sur les extrémités du grand » diamètre, une branche portera sur la face. Dans » l'excavation, au contraire, la tête s'est fléchie, *le » front* (et non toute la face) est au niveau de l'occi- » put, et c'est sur lui qu'agit le forceps. »

Ainsi, dans ce cas encore, si on emploie le forceps, la tête en descendant, présentera un grand diamètre au détroit supérieur, qui le plus souvent est rétréci dans ce cas.

Pour ces motifs, et pour les autres que nous avons déjà rapportés pour prouver que le forceps ne convient pas lorsque la tête se présente au détroit supérieur, il n'est pas rationnel de se servir de cet instrument, vu que l'on sait d'avance qu'on ne peut faire passer la boîte osseuse par le détroit supérieur, qu'en lui faisant présenter de grands diamètres; qu'on ne peut l'extraire suivant la direction de l'axe du dé-

troit supérieur; qu'en outre, lorsque ce détroit est déjà rétréci, on doit faire usage d'un instrument volumineux composé de deux branches, etc. Lorsqu'on fait la version, le plus souvent le bassin n'est pas rétréci; on recommande, en extrayant la boîte osseuse, de lui faire subir de tels mouvements, qu'elle traverse la filière du bassin avec ses plus petits diamètres et selon la direction des axes du bassin; mais lorsque dans ces cas on a recours au forceps, on foule aux pieds toutes ces règles; or, nous le demandons, à quoi sert-il de connaître le mécanisme de l'accouchement naturel, quand on ne veut pas l'imiter? Il ne peut servir à autre chose qu'à condamner la manière d'opérer de ceux qui se conduisent ainsi, et à prouver qu'il fait abnégation complète de sa raison, celui qui s'obstine à se servir alors d'un instrument aussi désavantageux que le forceps? Il est vraiment étonnant qu'on veuille continuer à faire usage de cette pince, qui offre tous ces désavantages, pour extraire la tête, lorsqu'on pourrait facilement trouver un instrument qui atteint parfaitement le but auquel on le destine, et qui remplit toutes les conditions pour amener la tête au dehors.

Cet instrument, c'est le *levier*.

Les partisans du forceps se sont eux-mêmes convaincus, que dans ce cas l'emploi de cet instrument ne convient pas; car voici ce qu'en dit Baudelocque, tome II, page 161 : « Il est souvent si difficile à ceux » qui ne sont pas très-versés dans l'art d'employer le » forceps, de bien saisir la tête avec cet instrument » quand elle est au-dessus du bassin, et il peut en » résulter tant d'inconvénients, qu'ils ne devraient le » tenter qu'autant que les circonstances qui compli-

» quent le travail, ne leur laissent entrevoir des res-
» sources plus douces ni plus assurées. »

Ainsi cet auteur et les autres partisans de cette pince sont obligés de convenir non seulement que l'emploi de cet instrument est désavantageux, mais même qu'il présente de si grands inconvénients, que quelques accoucheurs préfèrent de recourir à la version. C'est donc par une aveugle obstination que presque tous ces partisans, malgré cet aveu, continuent à se servir de cet instrument, et rejettent l'emploi du levier, qui pourrait être employé beaucoup plus avantageusement.

On pourrait excuser l'accoucheur de se servir exclusivement du forceps et de rejeter le levier, si c'était une affaire de peu d'importance; mais comme il arrive souvent que lorsqu'on a recours au premier, on ne peut délivrer la femme, et qu'alors celle-ci et l'enfant se trouvent dans le plus grand danger de mort, il est impossible d'alléguer un motif plausible pour excuser la conduite de ceux qui persistent à immoler autant de victimes.

Si les accoucheurs les plus habiles ne peuvent dans ces cas amener la tête de l'enfant au dehors avec le forceps, d'autres, moins habiles, voulant appliquer cet instrument malgré tous les défauts qu'il possède, produisent des lésions plus ou moins dangereuses pour la mère et pour l'enfant. C'est ainsi que pour ma part, j'ai été appelé dans quatre cas où des accoucheurs avaient voulu appliquer le forceps au détroit supérieur pour extraire la tête, et où ils avaient produit des déchirures de la matrice, à la suite desquelles les femmes sont mortes en fort peu de temps.

Ainsi, je le répète, lorsque les accoucheurs ne peuvent réussir avec le forceps et qu'ils ne se servent pas du levier, ils doivent recourir à la version, à la crâniotomie ou à l'opération césarienne, qui sont toutes des opérations dangereuses. Mais si le forceps ne convient pas au détroit supérieur, la théorie et la pratique sont d'accord pour prouver que cet instrument peut être employé plus avantageusement que le levier, pour extraire la tête qui se présente au détroit inférieur dans la première et dans la seconde position du vertex.

La théorie nous apprend en effet que la boîte osseuse peut être extraite avec ses plus petits diamètres, et en même temps selon la direction de l'axe du détroit inférieur; par conséquent, de la manière la plus avantageuse. Pour ces motifs, cet instrument simplement extracteur doit être préféré, car le levier ne pourrait qu'augmenter la grandeur des diamètres de la tête et la faire dévier de sa bonne direction.

Il est de même prouvé par la pratique, que ceux qui se servent du forceps dans ces cas avec les précautions requises, produisent moins de déchirures du périnée, et quand ces lésions existent, elles sont moins profondes que celles produites par le levier.

Les partisans exclusifs du levier objecteront peut-être que dans ces cas ils peuvent fort bien extraire la tête de l'enfant, sans produire des lésions du périnée. Cette objection est fondée lorsque la femme a eu des enfants, que le périnée ne présente pas une forte résistance; mais lorsque c'est une primipare, chez qui cette partie est très-résistante, et qu'il faut par suite d'accidents terminer promptement l'accouchement, on produit alors plus de déchirures et de plus pro-

fondes par l'application du levier que par celle du forceps.

On peut conclure de ce que nous venons de dire, qu'on peut, dans ces cas, amener la tête au dehors avec ces deux instruments; mais que dans les circonstances que nous avons indiquées, on ne peut le faire, avec la même sûreté pour la mère, avec le levier qu'avec le forceps.

Comme on le voit, nous faisons un choix entre ces deux instruments, et nous avons recours à celui qui nous permet d'extraire le plus avantageusement la tête de l'enfant. L'emploi de l'un ou de l'autre de ces deux instruments est à peu près indifférent pour délivrer la femme, lorsque la tête de l'enfant est parvenue dans l'excavation pelvienne.

Avant que ces règles ne fussent établies, rien ne guidait l'accoucheur dans l'emploi de ces instruments; chacun se servait de celui qu'il croyait le plus avantageux, ou bien qu'il maniait le plus facilement, sans s'inquiéter s'il convenait ou non, ou sans pouvoir alléguer aucun motif en faveur de la préférence qu'il accordait à l'un ou à l'autre. Au contraire, en observant ces préceptes, on peut sûrement indiquer auquel de ces deux instruments on doit avoir recours dans chaque cas qui se présente dans la pratique.

Quelques accoucheurs diront peut-être que chacun peut se servir de celui qu'il manie *plus facilement.* Mais pourquoi ne pas se servir de celui qui, d'après sa construction et son mode d'action, est *plus propre que l'autre* à remplir le but auquel on le destine? D'ailleurs, comme on ne peut dans ces cas avoir recours qu'à deux instruments, pourquoi ne s'exercerait-on pas à savoir manier l'un aussi bien que

l'autre? Ceci revient par conséquent à ce que dit Burns, que les étudiants doivent savoir employer le forceps et le levier; car combien de fois n'arrive-t-il pas qu'on ne peut délivrer la femme avec le forceps, comme on le voit dans l'ouvrage de Mme Lachapelle, et qu'on pourrait fort bien le faire avec le levier?

Ne doit-on pas faire dans toutes les sciences, dans tous les arts, ce qu'il y a de plus convenable et de plus rationnel? Si l'on s'écarte de ce principe, ce n'est plus de la science qu'on fait, on ne fait que suivre une aveugle routine.

D'ailleurs, pour donner la préférence à un instrument, il ne suffit pas de dire qu'il a suffi pour délivrer la femme; il faut voir si l'un ne peut être employé plus avantageusement que l'autre, car on doit toujours accorder la préférence à celui par lequel on occasionne moins de lésions à la mère et à l'enfant, ou dont l'emploi exige moins de force ou de temps pour terminer l'accouchement.

C'est pour ces motifs que nous avons intitulé ces mémoires : *De l'emploi rationnel du forceps et du levier*, car il est conforme à la raison d'avoir recours à celui des deux par lequel on peut plus avantageusement délivrer la femme.

Non seulement les accoucheurs ne sont pas d'accord sur les cas où il faut employer le forceps ou le levier, mais quelques-uns croient même qu'on peut indistinctement se servir de l'un ou de l'autre de ces instruments. Denman dit à ce sujet, ouvrage cité, tome II, p. 137 : « Il (le lecteur) saura en même » temps que je regarde les disputes sur la préférence

» des instruments, comme la chose la plus frivole et » la plus indigne d'un homme d'esprit. »

Nous regrettons de devoir rapporter ici une opinion d'un auteur aussi judicieux que Denman, entièrement opposée à celle que nous avons émise précédemment. Nous admettons qu'il y a une différence dans le mode d'action de ces deux instruments et dans la manière dont la tête se présente, et que cette différence fait que l'un de ces instruments, dans certains cas, peut être employé plus avantageusement que l'autre.

Il n'est pas étonnant que cet auteur ait émis une telle opinion, parce qu'avant que ces règles ne fussent établies, rien ne pouvait guider l'accoucheur, et on ne pouvait alléguer aucun motif pour lequel on accordait la préférence à l'un plutôt qu'à l'autre instrument. Maintenant au moins, on peut dans chaque cas qui se présente dans la pratique, indiquer auquel on doit accorder la préférence.

D'ailleurs, il y a d'autres observations à faire sur ce que dit Denman de l'emploi de ces deux instruments. D'abord, il se sert du forceps de Smellie, qui n'est que légèrement courbé sur ses bords, qui ne peut être appliqué qu'au détroit inférieur, et qui diffère beaucoup de celui de Levret dont nous faisons usage.

Le levier qu'il emploie, ressemble à une branche du forceps, et de cette manière il y a une grande différence entre cet instrument et celui dont nous nous servons.

Comme nous l'avons dit déjà, cet accoucheur fait coucher la femme sur le côté gauche lorsqu'il applique ces deux instruments. Cette manière de placer

la femme diffère encore de celle que nous avons recommandée et ne peut convenir lorsqu'on doit recourir aux instruments au détroit supérieur.

Denman applique le levier d'une manière tout-à-fait différente de celle que nous avons recommandée, et comme je l'ai déjà dit, ce mode d'application ne peut convenir qu'au détroit inférieur et non au supérieur.

D'après cela, on voit que les préceptes de cet accoucheur diffèrent trop de notre manière de procéder, pour que cela puisse être applicable à ce que nous avons dit.

Selon cet auteur même, l'emploi de ces deux instruments n'est pas indifférent, comme le prouve le passage suivant (t. II, p. 171) : « Il conste aussi que le » levier, avant que la tête de l'enfant ne fût descen- » due aussi bas qu'il a été prescrit pour employer le » forceps, a été appliqué promptement et employé » avec sécurité pour la mère et pour l'enfant lorsque » l'indispensabilité du cas le requiert. Dans le cas où » la tête était non seulement très-haut dans le bassin, » mais y enclavée en même temps, où il n'y avait » pas assez d'espace pour admettre les deux bran- » ches, où il fallait peut-être plus de force que le » forceps ne nous permet d'exercer, et où l'on eût été » peut-être forcé de diminuer la tête, il a été possi- » ble d'appliquer le levier. »

D'après ce que vient de dire Denman, le levier peut être employé au détroit supérieur plus avantageusement que le forceps, et de cette manière, loin d'être en opposition avec nous sur l'emploi de ces instruments, il ne vient que confirmer les motifs pour les-

quels le premier de ces instruments mérite alors la préférence sur le second.

Le forceps ne pourrait convenir dans tous les cas que lorsque la tête serait complètement ronde, qu'elle ne devrait subir aucun changement dans ses mouvements, qu'elle n'aurait que l'axe du détroit inférieur à franchir; que les diamètres du bassin auraient partout la même largeur; mais comme c'est justement l'inverse qui a lieu, pour ces motifs, l'instrument extracteur seul ne peut suffire, car il faut un instrument extracteur et modificateur, qui fasse subir à la tête les mouvements par lesquels on imite le mécanisme de l'accouchement naturel.

Quelques accoucheurs ont cru qu'en faisant subir des modifications au forceps, on pourrait faire disparaître les inconvénients qu'il présente, quand il s'agit de l'appliquer au détroit supérieur; mais on aura beau lui faire subir tous les changements imaginables, ce sera toujours une pince composée de deux branches, qui sont peu convenables pour être appliquées dans le cas de rétrécissement du détroit supérieur. Cette pince saisira la tête de l'enfant par de grands diamètres, et ne pourra jamais l'extraire selon la direction de l'axe du détroit supérieur; en outre, comme il faut l'introduire à une si grande hauteur, il sera toujours difficile de bien l'appliquer. Pour tous ces motifs, quelles que soient les modifications qu'on fasse subir à cet instrument, il ne pourra alors être employé avantageusement.

De même, quelque expérimenté que soit l'accoucheur dans l'art des accouchements, quelque habile qu'il soit à manier le forceps, il ne pourra jamais tirer un parti aussi avantageux de l'emploi de cet in-

strument que celui qui pourra se servir du levier, parce que le premier ne pourra jamais surmonter toutes les difficultés qu'il doit rencontrer en ayant recours à cette pince. Il y aura toujours cette différence-ci entre les praticiens qui se servent de ces deux instruments, c'est qu'avec le levier on peut atteindre les limites du possible, tandis qu'avec le forceps on reste bien loin en deça, vu que ce dernier ne peut être employé que d'une manière désavantageuse.

A l'appui de ce que je viens de dire, je crois utile de rapporter ici le cas suivant, emprunté au Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, livraison de septembre 1854, page 404. « Le 23 juillet dernier,
» M. Dubois a fait à la salle des accouchements une
» opération fort laborieuse qui, a-t-il dit, aurait pu
» être simple, s'il n'avait pas eu la volonté de con-
» server la mère et l'enfant. En se décidant de suite
» à faire l'opération césarienne, il eût certainement
» extrait de l'utérus un enfant vivant, mais les jours
» de la mère eussent été compromis : d'ailleurs, la
» malade étant accouchée plusieurs fois, il n'y avait
» pas lieu de songer à l'opération césarienne. Mais
» si M. Dubois, après quelques tentatives eût pris le
» parti de sacrifier l'enfant, il est certain que ce sacri-
» fice eût été suivi d'une délivrance facile et rapide;
» il a voulu au contraire concilier les deux intérêts,
» croyant qu'il lui serait possible de saisir avec le
» forceps la tête de l'enfant, qui était engagée en
» partie au détroit supérieur. Dans le matin, une ano-
» malie avait été signalée chez cette femme, un des
» bras avait pu s'échapper et occuper le bassin;
» M. Dubois parvint à fléchir ce bras et à le faire

» rentrer; mais cette circonstance, favorable en ap-
» parence, avait son côté sérieux et inquiétant, car
» pour que ce petit membre sortît et entrât aussi
» facilement, il fallait que la tête fut bien élevée et
» retenue par un obstacle. La tête, en effet, était
» volumineuse et le bassin rétréci, en sorte qu'arrêtée
» au-dessus du rétrécissement, la tête laissait un es-
» pace suffisant pour que le bras pût s'y engager sub-
» repticement. M. Dubois n'en restait pas moins sous
» l'impression des antécédents et pensait que les diffi-
» cultés seraient aisément surmontables. Cependant
» les choses ne faisant aucun progrès, il se décida à
» tenter une application du forceps; les deux bran-
» ches de l'instrument furent appliquées sans peine,
» mais on s'aperçut, après les avoir articulées, que
» les manches présentaient un écartement considé-
» rable, d'où il était facile de conclure que la tête
» avait été saisie par son diamètre fronto-occipital,
» c'est-à-dire des plus défavorables. M. Dubois a retiré
» ses branches, il les a appliquées de nouveau sans
» plus de succès : puis supposant qu'il réussirait mieux
» en plaçant une branche en avant et l'autre en ar-
» rière, il a fait coucher la femme sur le côté, ce qui
» facilite cette application, et il a procédé à celle-ci;
» mais il a rencontré des difficultés invincibles. Toutes
» ces tentatives avaient été très-pénibles pour la ma-
» lade et très-compromettantes pour la vie, ou du
» moins pour la viabilité de l'enfant; car il y a des
» lésions qui portent préjudice à la vie extra-utérine
» sans nuire à la vie fœtale. M. Dubois a pris alors le
» parti, mais trop tard suivant lui, de perforer le
» crâne. Cette opération a été faite. puis des efforts
» d'extraction à l'aide du céphalotribe l'ont suivie;

» mais la boîte osseuse ayant été trop largement per-
» forée, l'instrument avait peu de prise, et il a fallu
» se servir du doigt en forme de crochet pour termi-
» ner ce long et laborieux accouchement.

» Les choses se sont mieux passées qu'on ne l'avait
» cru pour la mère. Malgré les douleurs excessives et
» la fatigue qu'elle avait éprouvées, elle n'a pas eu
» la plus petite fièvre et tout annonce qu'elle se réta-
» blira promptement et heureusement, quoiqu'en réa-
» lité elle ait subi les opérations les plus pénibles de
» l'art obstétrical. »

J'ai choisi ce cas, 1° parce qu'ici l'application du forceps a été faite par un des premiers accoucheurs de l'Europe, et que pour ce motif personne ne peut espérer de l'employer plus avantageusement que lui.

2° Parce que ce professeur, eu égard à l'importance de sa pratique, doit rencontrer souvent des cas où la tête de l'enfant ne peut être expulsée, à cause du rétrécissement du détroit supérieur, et qu'il doit presque toujours se trouver dans l'impossibilité de délivrer la femme par cet instrument, pour les motifs que nous avons déjà indiqués; et puis, pour vaincre ces difficultés, il nous semble qu'avant de recourir à la version, il pourrait, comme Désormeaux l'a fait, employer une branche de forceps en forme de levier, et extraire ainsi la boîte osseuse. Comme, par l'application de cette branche de l'instrument, il trouverait qu'elle est peu convenable pour remplir le but auquel il la destine, parce qu'elle est trop large et trop courbée, il pourrait y faire des changements par lesquels cette branche deviendrait plus propre à amener la tête de l'enfant au-dehors, ou bien il pourrait avoir recours au levier qui peut être employé alors si avan-

tageusement et qui, étant bien appliqué, ne peut produire aucune lésion à la mère et à l'enfant.

3° Comme M. Dubois ne pourrait indiquer aucun motif plausible pour lequel il continue d'employer un instrument aussi désavantageux que le forceps, il est à espérer qu'il suive la recommandation faite par Désormeaux, ouvrage déjà cité. « Je suis entré dans quelques détails sur l'emploi du levier comme extracteur de la tête, parce qu'il m'a semblé que sa manière d'agir n'avait pas été bien comprise, et qu'il était essentiel de rappeler cet instrument à l'attention des praticiens. » Il est bon de lui rappeler ce que son père disait de tous les moyens employés dans le cas de rétrécissement du détroit supérieur pour délivrer la femme, à l'exception du levier : « qu'il est rare que dans ces sortes de cas l'on n'ait pas à regretter le parti qu'on a pris. » Ensuite, nous ne doutons pas que si le professeur voulût examiner les motifs que nous avons allégués, pour accorder dans ces cas la préférence au levier, il ne les trouvât justes et fondés et qu'il n'eût également recours à cet instrument.

Je dois y ajouter maintenant encore qu'il m'est bien pénible de devoir prouver que dans ces cas le forceps ne peut être employé avantageusement pour extraire la tête de l'enfant, quand un professeur aussi illustre que M. Dubois y a recours, et on peut être persuadé d'avance que jamais je ne l'aurais fait, si la théorie et surtout la pratique ne m'eussent prouvé qu'alors le levier peut être employé plus avantageusement que le forceps; que d'ailleurs Herbiniaux n'eût déja fait la même chose, mais que malgré tout ce qu'il a écrit pour faire abandonner le forceps, cet instrument est encore principalement employé, et que

la doctrine de Baudelocque sur l'emploi du forceps est presque généralement adoptée en France et en Belgique.

D'ailleurs, nous croyons aussi que les remarques que nous faisons dans ce cas sur l'emploi du forceps sont d'autant plus fondées, que cette manière d'opérer est en quelque sorte proposée comme un modèle à suivre aux accoucheurs, et qu'il est convenable de prouver combien l'emploi de cet instrument est alors désavantageux.

Comme le dit le rédacteur, M. Dubois a fait une opération fort laborieuse qui aurait pu être simple, s'il n'avait pas eu la volonté de conserver la mère et l'enfant; mais cette opération aurait pu devenir également très-simple par l'emploi du levier, et il est probable qu'elle n'est devenue si laborieuse, que parce qu'il a voulu se servir du forceps, qui, dans ce cas, ne peut être employé avantageusement.

Nous croyons avoir suffisamment prouvé, par ce que nous en avons dit page 14 et suivantes du premier mémoire, que dans ce cas le forceps ne convient pas; pour ce motif, nous allons seulement résumer ce que nous en avons dit alors et y ajouter encore quelques preuves.

Les motifs pour lesquels cet instrument ne convient pas alors, sont : si on l'applique sur les parties latérales du bassin, la tête est saisie par un grand diamètre, l'occipito-frontal, comme il conste par l'extrait suivant : « Mais on s'aperçut, après avoir articulé les branches du forceps, que les manches présentaient un écartement considérable, d'où il était facile de conclure que la tête avait été saisie par son diamètre fronto-occipital, c'est-à-dire par le plus dé-

favorable; M. Dubois, a retiré ses branches, il les a appliquées de nouveau sans plus de succès. » Ainsi la tête a été saisie deux fois (comme cela a lieu toujours), par un diamètre de quatre pouces, lorsqu'elle en a un de trois pouces et demi, et lorsqu'on s'aperçut qu'elle avait été saisie d'une manière aussi défavorable, on a retiré les branches sans faire des tractions, ou du moins sans pouvoir réussir. Pourquoi donc lorsqu'on s'était aperçu qu'on ne pouvait réussir à extraire la tête avec cet instrument, parce qu'il était appliqué d'une manière aussi défavorable, n'a-t-on pas changé cette position en une plus favorable, pour qu'on pût l'extraire avec de moindres diamètres? Par exemple, quand un chirurgien doit extraire un corps étranger, un calcul, etc., d'une cavité quelconque, ne fera-t-il pas tout son possible pour le saisir par son plus petit diamètre; et dans ce cas-ci, se servira-t-il d'un instrument qui ne peut saisir la tête que par un grand diamètre et l'extraire de cette manière? Ajoutons-y encore que le chirurgien doit faire quelquefois de longs tâtonnements avant qu'il puisse saisir le calcul d'une manière aussi favorable, tandis que l'accoucheur sait d'avance que la boîte osseuse se présente avec un aussi grand diamètre, et ce qu'il doit faire pour qu'elle se présente d'une manière plus favorable; en effet, il sait qu'en agissant sur l'occiput avec le levier, il le fait abaisser et fléchir le menton sur la poitrine, que de cette manière la tête traverse le détroit supérieur avec ses plus petits diamètres, qu'en un mot on imite complètement le mécanisme de l'accouchement naturel; mais on se garde bien de le faire, parce qu'il faudrait recourir au levier qui est proscrit, et qui est cependant recommandé par les auteurs pour cor-

riger les positions défectueuses de la tête lorsqu'elle s'écarte de la marche qu'elle doit suivre. Ne pourrait-on de même recourir au levier pour changer ce grand diamètre de la tête en un plus petit, avant d'appliquer le forceps?

Puis, ce précepte de faire passer un corps ayant des diamètres de différentes grandeurs à travers une ouverture de manière qu'il se présente avec ses plus petits diamètres, est généralement admis. C'est ainsi que lorsqu'il faut extraire une olive par le goulot d'une bouteille, on fera tout son possible pour qu'elle le traverse avec de petits diamètres, et on n'aura recours à la perforation de l'olive, que lorsqu'on se sera convaincu qu'on ne peut l'extraire quand elle a été saisie de cette manière.

Ce que nous venons d'avancer sur l'extraction des corps ayant des diamètres de différentes grandeurs, à savoir qu'il lui faut toujours faire franchir l'ouverture avec ses plus petits diamètres, est si vrai que cela est admis comme *évident* en physique et n'ayant par conséquent pas besoin de démonstration.

En outre, nous défions les partisans du forceps de citer un seul cas en l'art des accouchements, en chirurgie ou dans les autres sciences et arts où ce précepte ou ces règles sur l'extraction des corps ne soient pas observées. Pourquoi veulent-ils ici faire cette exception?

De plus, en appliquant le forceps sur le diamètre occipito-frontal, on augmente par la compression la largeur du diamètre bi-pariétal, et plus cette compression sera forte et plus la largeur de ce diamètre sera augmentée.

Quand on examine ce que fait la nature pour ex-

pulser la tête de l'enfant dans le cas de rétrécissement du détroit supérieur, on observe qu'elle fait justement le contraire de ce que fait l'accoucheur, quand il applique le forceps sur les parties latérales du bassin. En effet, dans le cas de rétrécissement du détroit supérieur, la boîte osseuse se présente presque toujours transversalement à ce détroit, de manière que le diamètre occipito-frontal réponde au diamètre transverse ou bis-iliaque et le bipariétal au diamètre sacro-pubien de ce même détroit. Dans ce cas, comme c'est le diamètre sacro-pubien qui est rétréci, les efforts de la nature tendent à rétrécir le diamètre bipariétal, à cause de la résistance que celui-ci rencontre à ce détroit et à allonger les autres diamètres, à savoir : l'occipito-frontal, l'occipito-mentonnier et le vertical. On peut facilement s'assurer de ce rétrécissement ou de cet aplatissement de la tête, soit par le toucher pendant le travail, soit aussi lorsque les contractions utérines ont été assez fortes pour l'expulser. Nous conservons la boîte osseuse d'un enfant, qui dans un pareil cas a été expulsée par des contractions utérines extrêmement violentes, sur laquelle on peut observer ces changements, à savoir que la tête est fortement aplatie, que le diamètre bipariétal est rétréci et que les autres diamètres sont plus longs que dans l'état naturel.

On augmente donc le diamètre bipariétal par la pression du forceps sur le diamètre occipito-frontal; en outre, lorsque les contractions utérines ont opéré longtemps pour rétrécir le diamètre bipariétal, afin de faire franchir le détroit supérieur à la tête, l'application du forceps produit justement le contraire de ce que fait la nature, et pour ce motif, on pourrait se

demander si, en agissant ainsi, on veut imiter ou contrarier le travail de la nature.

Quelques auteurs ont recommandé d'appliquer le forceps sur les côtés du crâne, ou comme *le Rapporteur* le dit, de placer une branche en avant et l'autre en arrière; mais cette application, comme l'observe Dugès, est difficile et il n'est pas étonnant que M. Dubois ait rencontré des difficultés invincibles.

Car, comme nous l'avons dit, page 76 du précédent mémoire : « Lorqu'il (le forceps) est appliqué d'avant en arrière, les courbures des surfaces et des bords sont peu convenables.

« Quant aux premières ou aux courbures des surfaces, elles peuvent fort bien s'adapter aux parties latérales du bassin, parce que celles-ci sont symétriques; mais il n'en est pas de même, quand on doit les appliquer d'avant en arrière. En effet, la paroi antérieure est courte et légèrement concave, la postérieure est longue et très-concave. De cette manière, des cuillers semblables ne peuvent pas bien s'adapter à ces parois, surtout pour saisir et extraire un corps aussi volumineux que la tête de l'enfant.

« Comme le forceps ne peut pas être introduit d'après la direction de l'axe courbe du bassin, il en résulte aussi que les courbures des bords sont non seulement inutiles, mais que même elles ne font que rendre l'introduction de l'instrument plus difficile. Car on introduirait plus facilement de cette manière un instrument droit et sans courbures sur les bords. Celles-ci ne deviennent réellement avantageuses qu'après la rotation de la tête, lorsque cet instrument peut être appliqué selon la direction de l'axe du détroit inférieur.

« Pour ces motifs on ne peut appliquer facilement

le forceps de cette manière, que lorsque la tête est descendue très-bas; mais si elle occupe encore le haut de l'excavation pelvienne, il est souvent difficile ou impossible de l'employer ainsi, comme Mme Lachapelle en rapporte plusieurs exemples. »

Ajoutons encore que le forceps a été construit pour être appliqué sur un bassin bien conformé, et qu'ici le détroit supérieur est ordinairement rétréci par la trop grande saillie de l'angle sacro-vertébral. Cette difformité rend l'application de cet instrument difficile.

Par là on voit que de quelque manière qu'on applique le forceps au détroit supérieur, l'application de cet instrument est désavantageuse, difficile et contraire à ce qu'en dit Baudelocque, tom. II, pag. 142 : « Toutes les fois qu'on emploie le forceps, on doit faire suivre à la tête une marche relative à sa position et telle que nous l'avons tracée d'après l'observation, en exposant le mécanisme des différentes espèces d'accouchements naturels, c'est-à-dire, qu'il ne faut lui faire présenter que les plus petits diamètres possibles à ceux du bassin. »

2° Le forceps ne convient pas, parce que, comme nous l'avons vu page 17 du premier mémoire, on ne peut imprimer à cet instrument une direction parallèle à l'axe du détroit supérieur. Cet inconvénient de l'application du forceps sera encore plus grand lorsque le détroit sera rétréci par la trop grande saillie du sacrum en avant, et comme l'observe M. le professeur Fraeys, mémoire déjà cité, page 9 : « Il faut donc à cet instrument (au forceps), toutes choses égales d'ailleurs, une puissance au moins trois fois plus grande que celle du levier pour abaisser la tête. »

3° L'emploi du forceps ne peut être avantageux dans

ce cas, parce que cet instrument est si volumineux et qu'il est composé de deux branches. Car, comme la tête de l'enfant ne peut être expulsée à cause du rétrécissement du détroit supérieur, il en résulte que l'instrument en général sera employé d'autant plus désavantageusement qu'il sera d'un plus grand volume et qu'il occupera plus de place; quelques auteurs croient que « le volume de l'instrument n'augmente pas d'une manière sensible celui de la tête, parce que les bosses pariétales se logent dans l'écartement des branches. » Celà peut être vrai, quand cet instrument est appliqué au détroit inférieur selon le diamètre occipito-mentonmier, mais il n'en est pas de même quand cette application se fait, comme ici, au détroit supérieur; car, si on l'applique sur les parties latérales du bassin, alors la tête est saisie par le diamètre occipito-frontal, et par conséquent les bosses pariétales ne peuvent être reçues dans l'écartement des branches. Cela ne pourrait donc avoir lieu que lorsque les branches sont appliquées d'avant en arrière; mais, comme nous l'avons vu déjà souvent, l'application de cet instrument ne peut se faire de cette manière, à cause du volume ou des courbures des branches.

4° L'application du forceps au détroit supérieur est difficile; car, comme nous l'avons dit page 22 du premier mémoire, « le forceps étant composé de deux branches, il faut les introduire successivement et ensuite les réunir. Or, cette introduction et cette réunion des branches sont en général difficiles, douloureuses et durent longtemps, lorsque le forceps doit être appliqué sur la tête avant qu'elle n'ait traversé le détroit supérieur et que celui-ci est rétréci d'avant en arrière. En outre, pendant que l'accoucheur introduit la seconde

branche du forceps, une personne assez intelligente doit maintenir en place celle qui a été introduite la première, et quelquefois, lorsque l'une ou l'autre branche ou toutes les deux se dérangent, il faut les retirer et les réappliquer. » Même la difficulté peut être si grande qu'on ne peut appliquer la seconde branche.

5° Le forceps ne peut être employé alors avantageusement, parce qu'il doit être introduit à une si grande hauteur pour pouvoir être appliqué sur la tête. En effet, « l'application de cet instrument (page 23 du même mémoire), devant se faire selon les axes du bassin, il faut introduire ses branches à quatre ou cinq pouces de hauteur, pour parvenir au-dessus du détroit supérieur. Si à cela on ajoute la longueur du diamètre suivant lequel cet instrument doit être appliqué sur la tête, diamètre qui varie suivant le degré de flexion de l'extrémité céphalique, on conviendra qu'introduire les deux branches du forceps à la hauteur de huit à neuf pouces, et les y appliquer convenablement, n'est pas chose facile et qu'il n'y aura toujours qu'un petit nombre de praticiens qui sauront le faire d'une manière convenable. D'ailleurs, lorsque la tête se trouve au-dessus du détroit supérieur, elle est encore mobile, les cuillers la déplacent et la saisissent mal. »

Quand on réfléchit aux nombreuses raisons que nous venons d'exposer pour lesquelles le forceps ne peut être employé avantageusement dans ces cas, il n'est pas étonnant, que quelque habile qu'on soit à manier cet instrument, on ne puisse surmonter toutes ces difficulter, tous ces obstacles et qu'il ne resulte de l'emploi de cette pince des inconvénients plus ou moins grands, soit en produisant des lésions plus ou moins fortes, soit aussi par ce qu'on se trouve dans l'impos-

sibilité d'extraire la tête du fœtus avec cet instrument.

Lorsqu'on se sert du forceps dans ces cas, l'application de cet instrument est toujours longue, difficile et douloureuse pour la mère, et si l'accoucheur n'a pas une grande habitude de manier l'instrument, il peut produire des lésions plus ou moins dangereuses à la mère et à l'enfant. Car, pour ma part, j'ai déjà observé quatre cas où des accoucheurs, en voulant appliquer le forceps au détroit supérieur, ont produit des déchirures de la matrice, à la suite desquelles les femmes ont succombé en fort peu de temps.

Remarquons aussi, que lorsque la tête est saisie avec un grand diamètre par le forceps, cet instrument est plus sujet à glisser. Mme Lachapelle dit, ouvrage déjà cité, tome I, page 76 : « Si le forceps s'échappe, pendant qu'on tire vigoureusement, l'orifice utérin et le périnée pourront fortement en souffrir. » Plus loin : « Nous voyons souvent arriver à l'hospice des femmes qu'on a longtemps tourmentées avec le forceps : souvent l'orifice est fendu, sillonné, et quelquefois la lésion s'étend au col et au corps de la matrice. »

Les inconvénients qui proviennent de l'impossibilité d'extraire la tête du fœtus dans ces cas, sont plus grands que les précédents; car, comme celui qui se sert exclusivement du forceps, n'a pas d'autre instrument inoffensif à employer que celui-là, et que la femme ne peut rester dans cet état, qu'elle doit être absolument délivrée, il est obligé de recourir aux opérations les plus dangereuses de l'art des accouchements pour amener l'enfant au dehors. Ces opérations sont la version, la crâniotomie et l'opération césarienne.

Comme on le voit, ces opérations, surtout les deux dernières, sont extrêmement graves; aussi le partisan

du forceps fait-il tout son possible pour extraire la tête du fœtus avec cet instrument et n'a-t-il recours à ces opérations que lorsqu'il s'est épuisé en tentatives infructueuses et que la femme a souffert les plus fortes douleurs.

Tout homme raisonnable conviendra avec moi, qu'avant de recourir à des opérations aussi graves, il serait convenable de voir, comme cela se fait généralement dans l'art de guérir, s'il n'y a pas un autre instrument inoffensif avec lequel on pourrait terminer l'accouchement. Or, non seulement cet instrument existe, à savoir, le levier, mais même c'est le seul instrument qui puisse dans ces cas être employé d'une manière avantageuse.

Cette opération a été non seulement laborieuse, mais le rédacteur aurait pu y ajouter qu'elle a été dangereuse pour la mère et mortelle pour l'enfant.

Elle a été dangereuse pour la mère, parce qu'elle a été si longtemps en travail et à cause de toutes les opérations qu'on a faites pour la délivrer, car le rédacteur dit à la fin de l'observation : « quoiqu'elle ait subi les opérations les plus pénibles de l'art obstétrical.»

Il est probable qu'elle n'a été mortelle pour l'enfant que parce qu'on a tardé si longtemps à l'extraire; car, comme en faisant l'opération césarienne au commencement du travail, il aurait pu être vivant, il en résulte que si on avait eu recours d'abord au levier ou après avoir employé infructueusement le forceps, on aurait pu délivrer la femme d'un enfant vivant, il est à présumer que celui-ci n'est mort que parce qu'on a tardé si longtemps à l'extraire. Je crois qu'on pourrait sauver un nombre considérable de femmes et surtout

d'enfants en employant le levier, car en général l'emploi de cet instrument est simple, inoffensif, et en outre, on pourrait délivrer plus souvent et plus tôt la femme avec cet instrument qu'avec le forceps. Je crois aussi que par l'emploi du levier on aurait pu mieux concilier les intérêts de la mère et de l'enfant en extrayant la tête du fœtus, et que cette manière de simplifier l'opération, aurait été bien préférable à celle rapportée par le rédacteur d'en faire une opération simple, en ayant recours à l'opération césarienne ou à la crâniotomie, parce que la première est extrêmement dangereuse pour la mère et la seconde mortelle pour l'enfant.

Nous allons tâcher de prouver maintenant que lorsqne la tête se présente au détroit supérieur, le levier mérite la préférence sur le forceps pour l'amener au dehors; mais, comme nous nous sommes déjà occupé de ce sujet dans le premier mémoire, pag. 14 et suivantes, nous y renvoyons, et nous allons seulement résumer ce que nous en avons dit alors.

1° Le levier est employé dans ce cas plus avantageusement que le forceps, parce que c'est un instrument simple, d'un petit volume.

2° Le levier est facile à appliquer, et lorsque la femme est maintenue en place, une seule personne suffit pour en faire l'application; ensuite on peut délivrer la femme en fort peu de temps.

Cette extraction facile et rapide de la tête de l'enfant, est avantageuse dans tous les cas, parce que de cette manière on peut terminer l'accouchement de suite; mais cela devient surtout important, lorsque la femme est atteinte d'hémorrhagie, de convulsions ou bien que l'enfant est sur le point de mourir.

3° En l'employant, on peut imiter complétement le mécanisme de l'accouchement naturel, puisqu'en l'appliquant sur l'occiput, on fait fléchir la tête sur la poitrine.

4° Pendant que le levier abaisse l'occiput, il dirige en même temps la tête selon la direction de l'axe du détroit supérieur; car cet instrument étant appliqué derrière le pubis, on n'a qu'à relever son manche pour porter la tête en arrière et en bas, et par conséquent selon la direction de l'axe de ce détroit.

5° L'action du levier ne peut s'opposer à la diminution du diamètre avec lequel la tête traverse le détroit supérieur, et certes elle ne l'agrandira pas.

6° Le levier ne doit être introduit qu'à la hauteur de trois pouces, pour agir sur la partie sur laquelle il doit être appliqué.

Nous croyons avoir suffisamment démontré que lorsque la tête se présente au détroit supérieur, l'emploi du forceps n'est pas avantageux pour l'extraire, et qu'au contraire le levier peut être employé alors avantageusement, et s'il restait le moindre doute à cet égard, la pratique viendrait confirmer que ce dernier instrument mérite la préférence sur le premier, car ce n'est que lorsqu'il nous était démontré par la pratique qu'on pouvait se servir beaucoup plus avantageusement du levier que du forceps, que nous avons examiné la doctrine sur l'usage de ces deux instruments et que nous avons trouvé par l'examen de cette doctrine qu'elle était fausse, quoiqu'elle fut généralement adoptée, car on peut être persuadé qu'une doctrine est fausse lorsqu'en pratique on fait justement le contraire de ce que la théorie enseigne ou veut expliquer.

Nous insistons donc sur ceci, c'est la pratique qui

nous a guidé dans l'emploi de ces deux instruments, car nous avons adopté l'emploi du levier au détroit supérieur pour extraire la tête de l'enfant, parce qu'il était employé beaucoup plus avantageusement que le forceps. Au reste, la même chose a lieu à l'égard de tous les autres instruments ou remèdes employés dans l'art de guérir, qui sont adoptés s'ils sont avantageux, et rejetés s'ils sont désavantageux, car c'est toujours la pratique qui décide en dernier ressort pour adopter ou rejeter un instrument.

Lorsqu'il nous était prouvé par la pratique que dans ce cas l'emploi du levier était plus avantageux que celui du forceps, il fallait bien aussi qu'il y eût des motifs théoriques pour accorder cette préférence au premier instrument. Or, comme nous avons vu dans le premier mémoire, nous avons prouvé que lorsque la tête se présentait au détroit supérieur, il fallait employer de préférence le lévier, puis en réfléchissant sur cet objet, nous avons trouvé de nouveaux motifs pour avoir recours plutôt à cet instrument qu'au forceps (ce qui prouve d'ailleurs que nous étions dans la bonne voie), comme on peut le voir dans ce dernier mémoire, et maintenant nous croyons avoir prouvé d'une manière tellement convaincante que dans ce cas l'emploi du levier est plus avantageux que celui du forceps, que tout accoucheur raisonnable adoptera le premier instrument pour extraire la tête de l'enfant.

Si la pratique prouve que dans ces cas le levier possède ces avantages sur le forceps, tout accoucheur qui veut s'exercer à manier le premier de ces instruments, pourra se convaincre par lui-même de la vérité de ce que nous avançons, et que lorsque le partisan du forceps s'est épuisé en efforts infructueux pour délivrer

la femme, qu'il ne peut plus rien faire, alors ce même accoucheur pourra amener facilement la tête de l'enfant au dehors avec le levier.

La pratique a surtout cet avantage-ci, c'est qu'il est facile de décider auquel de ces deux instruments on doit donner la préférence, car lorsque la femme ne peut expulser la tête de l'enfant, si alors l'accoucheur ne peut l'extraire au moyen du forceps et qu'on appelle après ces essais infructueux un praticien qui sait bien manier le lévier, celui-ci parviendra le plus souvent à délivrer la femme avec la plus grande facilité. Je crois que l'inverse aurait bien rarement lieu, c'est-à-dire que, quand celui qui sait bien manier le levier, ne pourrait extraire la tête de l'enfant avec cet instrument, on pût le faire avec le forceps. On pourrait de cette manière décider cette question par la pratique, je crois aussi que la pratique seule pourra prouver les avantages que possède le levier sur le forceps, et que ce serait là la manière la plus convenable de décider cette question.

On pourrait y ajouter que non seulement on peut delivrer plus souvent la femme avec le levier qu'avec le forceps; mais alors, en outre, tous les avantages, sous le rapport de la facilité et de la célérité, de terminer l'accouchement, seront du côté du premier instrument.

Nous allons y ajouter encore quelques considérations qui confirmeront de plus en plus ce que nous venons de dire sur la pratique.

Lorsque en 1818, je commençai à exercer l'art des accouchements, le forceps était presque généralement employé dans ce pays; toutefois cet emploi n'était pas aussi général à Gand, car plusieurs accoucheurs de

cette ville se servaient presque exclusivement du levier. De cette manière, comme les uns se servaient du forceps et les autres du levier, on pouvait dans plusieurs circonstances comparer les avantages et les désavantages de chacun de ces deux instruments. Les partisans du levier rapportaient plusieurs cas où, lorsque la tête se présentait au détroit supérieur, ils avaient pu facilement délivrer la femme avec cet instrument, lorsqu'on n'avait pu le faire avec le forceps, tandis que les partisans de ce dernier citaient plusieurs cas où l'on avait produit de fortes déchirures du périnée, quand on avait voulu extraire avec le levier la tête déjà parvenue au détroit inférieur.

Je pus vérifier par moi-même l'exactitude de ces assertions, lorsque j'appelai en consultation de vieux practiciens dans les cas graves qui se présentèrent dans ma pratique.

Je continuai à me livrer à la pratique des accouchements, employant tantôt le forceps, tantôt le levier, jusqu'à ce que la pratique m'eût démontré que le levier méritait la préférence sur le forceps pour extraire la tête quand elle se présente au détroit supérieur; elle me prouva aussi qu'aucun instrument ne peut être employé plus avantageusement que le forceps, pour extraire la tête quand elle est parvenue au détroit inférieur.

Nommé en 1827 à la place de professeur ou de lecteur de l'école provinciale d'accouchements de cette ville, je fus en cette qualité chargé de donner des leçons de l'art des accouchements aux élèves sages-femmes de cette province, et en même temps de terminer les accouchements laborieux qui se présentaient au même

hospice, ou ceux qui ne peuvent être abandonnés aux efforts de la nature.

Ma pratique en accouchements laborieux augmenta beaucoup par cette nomination; car, j'eus à terminer ceux qui se présentaient à l'Hospice de la Maternité, et ensuite les sages-femmes qui s'établirent en cette ville ou dans les communes environnantes, m'appelèrent également dans les cas où il fallait recourir à l'emploi des instruments pour extraire la tête du fœtus. Par la suite, plusieurs accoucheurs m'appelèrent aussi, soit pour me consulter sur les cas qu'ils rencontraient dans leur pratique, soit pour terminer les accouchements laborieux qui offraient de grandes difficultés. Comme cette pratique ne fit que s'accroître par la suite, je puis dire aujourd'hui, sans crainte d'être démenti par qui que ce soit, qu'il a été donné à bien peu d'accoucheurs de terminer autant d'accouchements laborieux qu'à moi.

Dans tous les cas où il fallait recourir à l'emploi des instruments pour extraire la tête qui se présentait au détroit supérieur, soit que ce fut dans ma pratique, soit que je fusse appelé par des sages-femmes, ou bien par des accoucheurs qui ne pouvaient amener la tête au dehors avec le forceps, je parvins avec la plus grande facilité à délivrer la femme avec le levier.

Bientôt quelques accoucheurs qui avaient été témoins des avantages que l'on peut retirer de l'emploi du levier dans ces cas, s'en servaient aussi avec le même succès.

Pendant ce temps considérable (près de quarante ans), je me servis avec les mêmes avantages du levier, soit que je fusse seul, soit en présence de sages-fem-

mes ou bien en présence d'accoucheurs, qui ne pouvaient extraire avec le forceps la tête qui se présentait au détroit supérieur. Je préférais ces derniers cas, parce qu'ici les accoucheurs avaient déjà appliqué sans succès ce dernier instrument. Le plus souvent, je continuai les tractions avec le forceps pour me convaincre de l'impossibilité de réussir avec cet instrument.

Dans ces cas, j'eus recours, avec la permission de mes confrères, au levier au moyen duquel je parvins à délivrer la femme avec la plus grande facilité. Je pourrais ici invoquer le témoignage de plusieurs confrères, pour prouver la vérité de ce que je viens d'avancer, et comme le dit M. le professeur Fraeys (1) : « Presque tous, Messieurs, nous avons vu l'emploi du levier dans des cas difficiles, et nous sommes à même de donner à M. Boddaert le témoignage qu'il invoque. »

Il conste de ce que nous venons de dire, qu'on peut plus souvent avec plus de facilité et de célérité délivrer la femme avec le levier qu'avec le forceps, on peut y ajouter encore que le premier instrument mérite la préférence sur le second, sous le rapport de l'innocuité de l'instrument. Car, comme le levier est un instrument simple, inoffensif, il ne peut produire aucune lésion quand il est employé dans les conditions convenables et avec les précautions requises. Mais comme on peut l'appliquer si facilement, on veut l'employer lorsque le rétrécissement est trop considérable, alors on fait de grands efforts pour amener la tête de l'enfant au dehors, et il en résulte qu'on produit des lésions plus ou moins considérables aux parties de la

---

(1) Coup-d'œil comparatif sur le mode d'action du forceps et du lévier, p. 9.

mère et de l'enfant. On a cru aussi que comme le levier prenait son point d'appui sur les pubis, on pouvait produire des lésions plus ou moins considérables *aux parties molles* de la mère, comme l'orifice de la matrice; mais comme on ne rapporte aucun cas où ces lésions ont été observées, qu'en outre j'ai employé si souvent cet instrument sans avoir produit aucune lésion par cette application, je crois qu'on peut être entièrement rassuré sur cet objet.

Mais il n'en est pas de même du canal de l'urètre, surtout si on se sert d'un levier qui est arrondi près du manche, parce qu'alors il peut pénétrer dans le haut de l'arcade pubienne, contondre ce canal et produire une fistule urinaire; on peut prévenir cet accident en aplatissant le levier et en le rendant plus large près du manche, pour que de cette manière il reste toujours plus ou moins éloigné du canal de l'urètre, afin d'empêcher qu'il ne soit comprimé par cet instrument. On pourrait encore éviter la compression de ce canal en se servant d'un levier fenêtré.

On peut facilement expliquer pourquoi l'emploi du levier est dans ces cas plus avantageux que celui du forceps; car, comme l'accouchement naturel ne peut se faire à cause du rétrécissement du détroit supérieur, il en résulte aussi que plus la tête et l'instrument présenteront de volume et plus l'extraction de la boîte osseuse sera difficile; or, en employant le forceps, on doit défalquer un demi-pouce jusqu'à un pouce de largeur, 1° parce qu'on extrait la tête avec de si grands diamètres, et qu'en outre, en comprimant le diamètre occipito-frontal, on augmente la largeur du bipariétal; 2° parce que le forceps est composé de deux branches, dont chaque cuiller est épaisse, large

et présente deux courbures, et 3° parce qu'avec cet instrument on ne peut extraire la boîte osseuse selon la direction de l'axe du détroit supérieur, et qu'au contraire on ne perd rien ou presque rien lorsqu'on se sert du levier. Pour ces motifs, quand on a recours à ce dernier instrument, on peut facilement se rendre raison pourquoi on peut ainsi plus facilement délivrer la femme.

On pourrait objecter que la tête étant placée souvent transversalement, le diamètre occipito-frontal répondait à un diamètre très-large du détroit supérieur, et que de cette manière le forceps est en état de lui faire traverser ce détroit. Mais à cela nous répondons : 1° que ce diamètre n'est pas toujours aussi large et que le détroit supérieur peut être plus ou moins difforme; 2° qu'on devra toujours convenir que la boîte osseuse peut traverser ce détroit avec un plus petit diamètre qu'avec l'occipito-frontal; 3° qu'elle doit traverser non seulement ce détroit, mais aussi l'excavation pelvienne et le détroit inférieur; 4° qu'elle est saisie avec un grand diamètre, l'occipito-frontal ou d'une manière très-désavantageuse par le forceps, et qu'alors cet instrument est très-sujet à glisser.

Si l'on doit défalquer depuis un demi-pouce usqu'à un pouce, quand on se sert du forceps, et que pour ces motifs on n'a rien à soustraire, quand on fait usage du levier, il s'en suit aussi que s'il y avait deux accoucheurs, dont l'un saurait aussi bien manier le levier que l'autre le forceps, le premier saurait aussi facilement délivrer la femme, dont le rétrécissement du détroit supérieur du bassin serait de trois pouces moins un quart jusqu'à trois pouces et demi; que le second ne saurait le faire lorsque le diamètre sacro-pubien

de ce détroit aurait depuis trois pouces et demi jusqu'à quatre pouces. C'est là le résultat que peut obtenir tout accoucheur qui sait bien manier le levier.

Comme je veux prouver que, dans une affaire aussi importante et dont dépend la vie de tant de femmes et d'enfants, je n'ai rien avancé à la légère, et que je suis resté dans le vrai, en disant que dans ces cas l'emploi du levier est plus avantageux que celui du forceps, je veux en assumer la responsabilité et en subir les conséquences. C'est pour ces motifs que je n'aimerais pas mieux que de voir décider cette question par la pratique; car, comme celle-ci ne m'a pas fait défaut depuis plus de trente-cinq ans que j'ai recours à cet instrument, et que j'ai si souvent réussi avec lui à delivrer la femme lorsque je ne pouvais le faire avec le forceps, ce serait un fait tout-à-fait exceptionnel que de pouvoir amener la tête de l'enfant au dehors avec cette pince, quand on ne pourrait le faire avec le levier.

Pour atteindre ce but, les partisans du forceps me trouveront toujours prêt à faire des paris assez considérables pour savoir si, dans ces cas, on ne peut délivrer la femme plus souvent avec le levier qu'avec le forceps (1), et si, en outre, on ne peut le faire plus avantageusement pour la mère et l'enfant, avec le premier instrument qu'avec le second.

Je crois que le meilleur moyen de décider cette

---

(1) Il est bien entendu que je ne dois me servir du levier que pour faire franchir le premier pas ou le détroit supérieur à la tête; qu'après ce passage, je puis continuer à m'en servir, ou bien recourir au forceps, quand la tête est dans l'excavation pelvienne ou au détroit inférieur; parce que, comme nous l'avons dit précédemment, alors aucun instrument ne peut être employé d'une manière plus avantageuse que lui.

question, serait de faire ce qui suit : chaque fois qu'un accouchement de cette espèce ne pourrait être terminé par les efforts de la nature, à cause du rétrécissement du détroit supérieur, on pourrait tirer au sort, pour savoir si c'est au partisan du forceps ou du levier à délivrer la femme. Celui à qui le sort est échu, pourrait commencer l'application de l'instrument de son choix, et faire tout son possible pour amener la tête de l'enfant au dehors, et lorsqu'il verrait qu'il est impossible de réussir par sa manière d'opérer, il pourrait cesser, et l'autre pourrait appliquer son instrument de prédilection, pour amener ainsi la boîte osseuse au dehors. Celui-là gagnerait le pari qui saurait délivrer la femme lorsque l'autre ne saurait le faire.

Si les partisans du forceps croient que cette manière de procéder n'est pas convenable, nous les prions de vouloir en indiquer une autre; nous les prévenons que nous l'accepterons, quand même elle serait plus avantageuse pour eux, parce que nous sommes convaincu que les avantages qu'ils pourraient réclamer, seront amplement compensés par ceux que possède le levier sur le forceps.

Je ferai ce pari avec une entière confiance, même avec les sommités de l'art des accouchements, parce que quelle que soit leur habilité à manier le forceps, quelle que soit leur instruction dans cet art, jamais ces deux avantages ne seront assez grands pour compenser tout ce qu'ils doivent perdre par l'emploi d'un instrument aussi désavantageux que cette pince.

De cette manière on pourrait présenter un argument sans réplique aux partisans du forceps; car, si on peut dans ce cas délivrer la femme avec le levier et

qu'on ne peut le faire avec le forceps, qu'en outre, tous les avantages, sous le rapport de la facilité, etc., sont du côté du levier, alors la supériorité du levier sur le forceps ne pourrait plus être contestée par personne. Ce sera par la pratique que cette question devra être résolue, car on aura beau prouver par la théorie que le premier instrument est plus avantageux que le second, on fera toujours des objections plus ou moins absurdes contre l'emploi du levier.

Je crois qu'il n'y aurait pas de moyen plus sûr de convaincre les plus incrédules partisans du forceps, que de faire décider cette question par la pratique; car lorsqu'ils ne pourraient délivrer la femme avec cet instrument, s'il y avait alors quelqu'un qui sait bien manier le levier, il pourrait souvent amener la tête au dehors avec la plus grande facilité. C'est de cette manière que j'ai acquis la conviction que le levier mérite la préférence sur le forceps, parce que j'ai pu si souvent délivrer, dans ces cas, des femmes avec le premier instrument lorsque d'autres n'avaient pu le faire avec le second.

Alors, sans doute, on n'oserait plus objecter qu'il est impossible de faire l'extraction de l'enfant avec le levier, puisque quelqu'un le ferait lorsqu'un autre ne pourrait le faire avec le forceps.

Je vais rapporter maintenant une observation qui prouve que, dans certains cas de prolapsus du cordon ombilical, on peut plus avantageusement recourir au levier qu'à d'autres manières d'opérer.

Je fus appelé le 12 novembre 1852, par le docteur De Brabant, auprès de la femme de Mr L., horloger en cette ville, laquelle était alors en travail de son sixième enfant. Je pus constater par le toucher, que

l'orifice de la matrice n'était pas complètement dilaté, que la poche des eaux était rompue, qu'il y avait un rétrécissement du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, que la tête se présentait presque transversalement au-dessus du détroit supérieur, qu'il y avait en même temps prolapsus d'un paquet considérable du cordon ombilical, qui était placé derrière la tête de l'enfant, et dans lequel on sentait encore de fortes pulsations. Nous fûmes d'accord pour le repousser, mais, malgré tous les moyens employés pour le maintenir, il descendait toujours. Comme nous vîmes que tous nos efforts, pour empêcher le prolapsus du cordon, étaient infructueux, et qu'il aurait fallu un temps assez considérable pour faire franchir le détroit supérieur à la tête, parce que le détroit était rétréci et que les contractions utérines n'étaient pas fortes, nous convînmes entre nous de recourir au levier pour faire descendre la boîte osseuse.

Pour ces motifs, tout étant préparé et la femme étant convenablement placée, j'appliquai cet instrument sur l'occiput avec les précautions requises; je relevai le manche et je parvins assez facilement à lui faire traverser le détroit supérieur. Alors la tête remplit l'excavation pelvienne, et on ne put plus sentir le cordon; on retira l'instrument, et les contractions utérines seules suffirent, après une demi heure, pour expulser la boîte osseuse d'un enfant vivant.

Voilà encore un cas où l'on a pu avantageusement employer le levier, à cause de son petit volume, et où l'on n'a pu se servir du forceps, parce que l'orifice de l'utérus n'était pas suffisamment dilaté; puis cet instrument ne pouvait être employé avantageusement,

parce que la tête se trouvait encore au-dessus du détroit supérieur, et quant à la version, il n'y avait que peu d'espoir d'amener un enfant vivant au moyen de cette opération, à cause du rétrécissement du détroit supérieur.

Pour nous résumer, établissons un parallèle entre le levier et le forceps.

1° Le levier est un instrument simple, facile à appliquer au détroit supérieur, et lorsque la femme est maintenue en place, une seule personne suffit pour en faire l'application.

1° Le forceps est un instrument composé de deux branches larges, à deux courbures, il faut introduire ces branches successivement et ensuite les réunir : or, cette introduction et cette réunion des branches sont en général difficiles, douloureuses et durent longtemps ; en outre, pendant que l'accoucheur introduit la seconde branche du forceps, une personne intelligente doit maintenir en place celle qui a été introduite la première.

2° En appliquant cet instrument sur l'occiput, on fait fléchir la tête sur la poitrine et on peut imiter complétement le mécanisme de l'accouchement naturel.

2° Cet instrument, en embrassant la tête, l'extrait telle qu'elle a été saisie et empêche la flexion de la boîte osseuse sur la poitrine, et de cette manière, elle est amenée au dehors avec de grands diamètres par le détroit supérieur, l'excavation pelvienne et le détroit inférieur.

3° On peut, par l'emploi du levier, imprimer à la tête une direction conforme à celle de l'axe du détroit supérieur.

3° Il est impossible d'extraire la boîte osseuse avec cet instrument selon la direction de l'axe du détroit supérieur.

4° Le levier étant appliqué à côté de la symphyse pubienne sur l'un ou l'autre pubis, ne peut augmenter l'étendue des diamètres de la tête.

4° Le forceps saisit la tête avec un grand diamètre et en outre augmente la largeur du diamètre bipariétal par la pression qu'il exerce sur l'occipito-frontal.

5° Le levier ne doit être introduit qu'à la hauteur de trois à quatre pouces, pour parvenir à la partie sur laquelle il doit être appliqué.

5° Les deux branches du forceps doivent être introduites à la hauteur de huit à neuf pouces, pour pouvoir être appliquées sur la tête, quand elle est encore au détroit supérieur.

6° Comme le levier est d'un petit volume, on peut l'employer beaucoup plus vite pour extraire la tête ou bien pour la faire descendre lorsqu'il y a prolapsus du cordon ombilical. Comme il conste par l'observation ci-dessus.

6° Le forceps, à cause de son grand volume et des deux branches dont il est composé, ne peut être appliqué que plus tard et ne peut être employé dans le cas de prolapsus du cordon, ci-dessus décrit.

7° Comme le levier est un instrument simple, on peut délivrer la femme en fort peu de temps avec cet instrument.

7° Le forceps, étant composé de deux branches, demande beaucoup de temps pour être appliqué convenablement et pour extraire ensuite la tête.

Il résulte de tous les avantages que possède alors le levier sur le forceps qu'on peut plus souvent et plus avantageusement pour la mère et l'enfant, extraire la boîte osseuse dans ce cas avec le premier instrument qu'avec le second ; qu'en outre, comme on ne peut réussir avec le forceps, on répète souvent les applications de cet instrument; on continue les tractions avec lui jusqu'à ce que les forces d'un accoucheur ou de deux soient épuisées, et comme à la fin l'opérateur est convaincu qu'il ne peut réussir à extraire la tête avec lui, il doit avoir recours à la version, à la crâniotomie ou bien à l'opération césarienne.

On voit par ce parallèle, combien, dans ces cas, l'emploi du levier est plus avantageux que celui du forceps; d'ailleurs, quand on examine sans préjugés les motifs que nous avons allégués ci-dessus, on peut facilement se rendre raison pourquoi le premier instrument mérite la préférence sur le second.

Cependant, pour pouvoir retirer de pareils avantages de l'emploi du levier, il faut savoir bien le manier, car, quelque convenable qu'il soit pour remplir le but auquel on le destine, il doit être bien appliqué pour extraire la tête de l'enfant, et on observe que le succès de l'opération dépend non seulement de la construction de l'instrument, mais aussi de la manière dont il est appliqué. Il est nécessaire d'ajouter que l'application du levier demande beaucoup d'adresse, parce qu'en extrayant la tête avec cet instrument, on doit lui faire imiter tous les mouvements qu'elle subit dans le mécanisme de l'accouchement naturel. C'est aussi pour ce motif que lorsque l'accoucheur ne saurait pas bien manier cet instrument, on aurait tort d'en conclure que par son emploi on ne pourrait en obtenir

ces avantages, parce qu'alors la non-réussite devra être attribuée à la maladresse de l'opérateur.

L'expérience nous apprend aussi que l'un praticien réussit mieux à l'appliquer que l'autre; Denman rapporte à ce sujet qu'il était souvent étonné de l'habilité avec laquelle le Dr John Wathen opérait avec cet instrument. Si l'accoucheur, qui a cette habilité de le manier, se trouve dans des circonstances favorables où il peut l'appliquer de temps en temps, il acquiert par la pratique une grande facilité d'amener la tête de l'enfant au dehors.

Au contraire, le partisan du forceps ne peut s'attendre à obtenir des résultats plus avantageux que ceux que nous avons rapportés dans ce parallèle; car, quand ce qu'il fait avec cet instrument est en opposition avec les règles qui sont généralement admises dans l'art des accouchements et en chirurgie, quand il foule aux pieds ce qui est *évident* en physique, il doit rencontrer plus ou moins de difficultés, et alors il peut, pour l'acquit de sa conscience, attribuer les malheurs que nous venons d'énumérer à l'insuffisance de l'art ou aux difformités du bassin, malheurs qu'il devrait bien plus souvent attribuer, s'il voulait examiner l'emploi ces deux instruments sans préjugés, à son aveugle obstination de vouloir employer le forceps, et à sa coupable négligence de ne pas savoir manier le levier, car c'est ici le cas de dire ou jamais : *Occidit qui non servat.*

D'ailleurs, il est bon d'ajouter cette remarque : c'est que plus on examine les avantages et les désavantages de l'emploi du levier ou du forceps au détroit supérieur, et plus on trouve des motifs fondés à accorder la préférence au premier instrument.

Comme il a été question déjà en différents endroits de la crânotomie et de l'opération césarienne, nous allons y ajouter maintenant les considérations suivantes sur ces deux opérations.

La crâniotomie est une opération à laquelle on a trop souvent recours, parce qu'on ne veut employer que le forceps pour extraire la tête qui vient se présenter au détroit supérieur, et que cet instrument ne peut être employé alors avantageusement (1), et qu'il est tout-à-fait inconvenable pour remplir le but auquel on le destine.

On pourrait bien souvent éviter cette opération, si dans ce cas on voulait recourir au levier, car il m'est arrivé d'être appelé auprès des femmes chez lesquelles on avait infructueusement employé le forceps pour les délivrer, et où l'on se disposait à faire la crâniotomie, et où je suis parvenu, au bout de fort peu de temps, à extraire la tête de l'enfant avec le levier; à la vérité, il était presque toujours mort, mais quelquefois il était vivant.

Burns dit à ce sujet, ouvrage cité, p. 338 : « *And i beg, as he values the life of a human being, and his own peace of mind, that he do no desist, and have recourse to the crotchet in cases at all doubtful, until it has been well ascertained that neither the lever nor forceps could be used.* »

Comme dans ce cas on ne peut extraire la tête de

---

(1) Il est vraiment étonnant que lorsqu'on a inventé tant d'instruments utiles, on soit encore dans le cas de devoir recourir au forceps pour amener alors la tête au dehors, et qu'on ne veuille pas se rappeler que si cet instrument est employé si avantageusement au détroit inférieur, on doit s'en servir dans des conditions tout-à-fait différentes et même opposées au détroit supérieur et que, pour ces motifs, il ne peut convenir.

l'enfant avec le forceps, et que la femme doit être absolument délivrée, on a souvent recours à la crâniotomie lorsqu'il n'y a que des signes incertains de la mort de l'enfant; à la vérité, il y a des cas où l'on peut dire d'une manière certaine qu'il est mort, par exemple, quand il est putréfié, qu'il est mort longtemps avant le travail, ou qu'il y a prolapsus du cordon ombilical, alors on peut dire d'une manière positive que l'enfant est décédé. Mais si, au contraire, il meurt pendant l'accouchement, alors il arrive souvent que les signes sont plus ou moins incertains, comme cela est prouvé par l'expérience que des enfants, qu'on avait mutilés parce qu'on les avait crus morts, sont nés vivants. D'ailleurs, comment ose-t-on considérer comme mort un enfant encore contenu dans l'utérus, et se trouvant dans un état de mort apparente, lorsque ce même enfant, étant né dans un état d'asphyxie, alors qu'on peut l'examiner de toutes les manières, n'est pas toujours considéré comme mort à cause de cet état d'aphyxie? Au contraire, on emploiera tous les moyens recommandés dans ce cas pour le rappeler à la vie, et l'expérience journalière prouve que par un emploi assez longtemps continué de ces moyens, on parvient à ranimer un assez grand nombre d'enfants.

On pourrait excuser l'accoucheur de faire la crâniotomie, si on ne pouvait délivrer la femme avec le levier, sans mutiler l'enfant; mais, puisqu'on peut le faire de cette manière, et qu'en outre on a l'espoir de faire naître un enfant vivant, pourquoi n'a-t-on pas recours à cet instrument? Qu'il me soit permis d'ajouter ici ce que disait Levret, lorsqu'il recommandait l'usage du forceps à ceux qui voulaient continuer à

employer les crochets (1) : « Mais quelle comparaison d'opération ! En effet, avons-nous des signes bien décisifs ou absolument incontestables de la perte de la vie de l'enfant pour le traiter comme mort, quand on peut faire pour le moins aussi bien, pour ne pas dire mieux et le tirer non seulement tout entier et sans le mutiler aucunement, mais même opérer promptement et sûrement pour la mère et pour l'enfant et agréablement pour les assistants. »

Nous voulons bien convenir que les accoucheurs qui se sont exercés à l'auscultation, peuvent par ce moyen obtenir des signes plus certains de la mort de l'enfant que ceux connus avant la découverte de ce moyen.

L'opération césarienne doit être considérée comme une des opérations les plus graves de la médecine opératoire. Pour ma part, je l'ai faite six fois, deux fois avec succès sur la même femme, à l'hospice de la Maternité de cette ville; les quatre autres femmes sont mortes des suites de l'opération. Je crois que l'on peut se compter heureux, quand sur trois opérations on n'a que deux insuccès.

Réfutation des objections qu'on pourrait faire contre l'emploi du levier lorsque la tête se présente au détroit supérieur.

Nous allons tâcher de réfuter maintenant les objections qu'on a faites contre l'emploi du levier dans ce cas.

---

(1) Suite des observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux, p. 194.

Roonhuysen et plusieurs accoucheurs hollandais, plus tard Herbiniaux, se sont presqu'exclusivement servis du levier. Baudelocque a tâché de faire rejeter l'usage de cet instrument et a au contraire recommandé d'avoir recours au forceps. Voici ce qu'en dit cet auteur, ouvrage cité, tom. II, p. 119 : « Le levier publié et tant vanté dans le cours du siècle dernier, a tous les inconvénients du forceps, dans le cas d'enclavement, sans avoir aucun de ses avantages, comme nous l'avons démontré ci-devant; quoique quelques accoucheurs lui donnent encore la préférence. Ce serait l'instrument qui conviendrait, s'il pouvait s'insinuer dans le lieu même des points de contact qui constituent essentiellement l'enclavement, si la plus grande épaisseur d'une tête, véritablement enclavée, se trouvait engagée à la hauteur de ces mêmes points, et si cette tête n'avait à passer que d'un lieu resserré dans un plus large. Le levier serait l'instrument le plus propre à lui faire franchir ce premier pas; mais il ne faudrait pas en attendre davantage. Son utilité se bornerait à cela, tout ce qu'on lui a attribué de plus étant illusoire. »

Baudelocque croit que le levier a tous les inconvénients du forceps, etc. Mais le levier de Roonhuysen, étant un instrument simple et un peu courbé sur ses faces, etc., diffère tellement du second, qu'il ne peut en avoir les inconvénients et, qu'au contraire, il possède plusieurs avantages sur lui.

Puis cet auteur dit, que le levier conviendrait s'il pouvait s'insinuer dans lieu même des points de contact, etc. Ici il est d'accord avec nous, que le levier de Roonhuysen pourrait convenir, si cet instrument pouvait s'insinuer entre les points de contact; mais il

donne jusqu'à quatre lignes d'épaisseur à cet instrument, laquelle est beaucoup plus grande qu'il n'est nécessaire pour extraire la tête de l'enfant, car le levier est assez solide pour effectuer cette extraction quand il a une ligne et demie à deux lignes d'épaisseur, tout ce qu'on donnerait de plus ne pourrait servir qu'à rendre l'introduction de cet instrument plus difficile ou impossible.

Nous croyons d'ailleurs que c'est à tort que Baudelocque a donné une si grande épaisseur au levier de Roonhuysen, car peut on supposer que ce dernier auteur ait été assez dépourvu de bon sens pour le rendre sans nécessité tellement épais, qu'il ne pourrait plus l'introduire ?

L'essentiel est que Baudelocque est d'accord avec nous, que cet instrument peut convenir quand on peut l'insinuer entre ces points de contact; or, cette introduction en général est facile quand il n'a que l'épaisseur que nous avons indiquée.

Pour rendre cette introduction aussi facile que possible, il est bon de ne donner au levier qu'un pouce de largeur et de ne le courber que légèrement sur ses faces. Lorsque cet instrument n'est pas plus large, on peut facilement l'introduire, surtout quand le bassin est rétréci en huit de chiffre (ce qui arrive bien souvent), parce qu'alors le plus grand resserrement répond à la symphyse pubienne, et qu'on peut l'insinuer derrière l'un ou l'autre pubis, à côté de cette symphyse, et agir ainsi sur l'occiput pour l'abaisser.

De même, quand le levier n'est que légèrement courbé sur ses faces, on peut facilement l'introduire.

Baudelocque prétend que le levier ne peut s'insinuer entre les points du contact, etc. Mais s'il rejette

cet instrument pour ce motif, on doit se rappeler qu'il n'en a pas d'autre à employer que le forceps, dont il place les branches, ouvrage cité, p. 173, « sur les côtés de la tête, l'une conséquemment au devant du sacrum et l'autre sous le pubis. »

Ainsi le levier de Roonhuysen, étant un instrument simple d'une épaisseur convenable, etc., ne conviendrait pas, parce qu'on ne pourrait l'insinuer entre les points de contact ; et le forceps, étant composé de deux branches d'une grande épaisseur et largeur, et de deux grandes courbures sur ses faces et ses bords, pourrait être appliqué au même endroit où le levier ne saurait être introduit? On pourrait demander ici : peut-on faire une objection plus absurde que celle-là?

Nous avons déjà prouvé dans les précédents mémoires, que le forceps ne peut être employé ainsi avantageusement. D'ailleurs, les accoucheurs sont d'accord qu'il est difficile ou impossible d'appliquer cet instrument de cette manière.

En général, en prenant les précautions déjà recommandées plusieurs fois relativement à la construction et à l'introduction du levier et à la manière de placer la femme, l'application de cet instrument est facile, car bien souvent il nous est arrivé de terminer l'accouchement, ou d'extraire la tête de l'enfant en moins de temps qu'il aurait fallu à d'autres accoucheurs pour appliquer le forceps. On ne rencontre des difficultés à appliquer cet instrument, que lorsque la tête déborde la partie antérieure du détroit supérieur, cas dans lequel le rétrécissement de ce détroit est trop grand, pour que l'on puisse employer avantageusement le levier.

De là on peut conclure que le levier de Roonhuysen

ou du moins celui que nous employons, peut être facilement appliqué ou du moins beaucoup plus facilement que le forceps, et que, pour ce motif, cet instrument convient ou peut être employé avantageusement dans ce cas, et que cette objection, qu'on a faite contre l'emploi de cet instrument, n'est d'aucune valeur.

Baudelocque dit : Si cette tête n'avait à passer que d'un lieu resserré dans un plus large, le levier serait l'instrument le plus propre à lui faire franchir ce premier pas, mais il ne faudrait pas en attendre davantage, son utilité se bornerait à cela.

Il est bien vrai que la tête doit traverser toute la filière du bassin pour être extraite; mais, d'un autre côté, le rétrécissement du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur doit être considéré comme la seule ou du moins la principale cause pour laquelle on doive recourir à l'emploi des instruments, car le reste du bassin est ordinairement bien conformé, et de cette manière toutes les difficultés que l'on rencontre à extraire la tête proviennent, le plus souvent, de ce rétrécissement, et on observe ordinairement que lorsque la tête a traversé le détroit supérieur, elle ne rencontre plus de difficultés à sa sortie ou du moins de légères que l'on peut facilement vaincre par le forceps ou le levier. De là on peut conclure que la seule ou du moins la principale difficulté, consiste dans ces accouchements à faire franchir ce premier pas à la tête.

Comme on le voit, nous sommes d'accord avec Baudelocque, pour considérer le levier comme l'instrument le plus propre à faire franchir à la tête ce premier pas; mais nous l'employons pour lui faire franchir ce premier pas, parce que nous le considé-

rons comme la seule ou du moins la principale difficulté à surmonter dans ces cas, tandis que BAUDELOCQUE ne l'emploie pas, parce que, d'après lui, il ne faudrait pas en attendre davantage, et que son utilité se bornerait à cela.

Il faut bien en convenir, c'est là une singulière manière de raisonner, car, comme nous l'avons dit, la principale difficulté consiste à faire passer la tête par le détroit supérieur; or BAUDELOCQUE ne l'emploie pas pour atteindre ce but. Cependant, comme nous en rapporterons plus loin un cas, lorsque cet auteur s'est trouvé dans l'impossibilité d'amener la tête de l'enfant au dehors au moyen du forceps, et qu'il était obligé de recourir à la version pour delivrer la femme, c'était parce qu'il ne pouvait faire franchir à la tête ce premier pas. Pourquoi n'a-t-il pas eu recours au levier qu'il considère comme le plus propre à lui faire traverser le détroit supérieur, lorsqu'il ne pouvait delivrer la femme avec le forceps, car si l'utilité du levier se bornait à cela, n'est-ce pas tout ce qu'on pouvait en demander?

Souvent nous n'employons le levier que pour faire franchir à la tête le détroit supérieur, surtout chez les primipares et si après ce premier temps, nous rencontrons des difficultés pour l'amener au dehors, nous extrayons cet instrument et nous avons recours au forceps pour opérer l'extraction de la boîte osseuse. Cet emploi successif des instruments se fait dans les autres opérations de l'art des accouchements.

Nous allons rapporter un cas (1) où la tête ne

---

(1) Mme LACHAPELLE, *Pratique des accouchements*, t. I, p, 356, no LXXXIII.

pouvait traverser le détroit supérieur, pour prouver qu'alors Baudelocque n'a pas d'autre instrument à employer que le forceps, qui est plus difficile à appliquer que le levier, et qu'au moyen de cette pince il n'a pu lui faire franchir ce premier pas, qui doit être considéré comme le principal obstacle pour lequel il n'a pu terminer cet accouchement.

« *Position transversale. — Resserrement du bassin; tentative d'application du forceps; version irrégulière.*

» Le 24 fructidor an X, la nommée Jul.... commença à ressentir quelques douleurs dans les lombes et l'abdomen : elle était enceinte de neuf mois.

» Lorsque je la touchai, les membranes venaient de se rompre, et l'eau s'écoulait lentement; l'orifice utérin admettait à peine l'extrémité du doigt. La tête du fœtus était au-dessus du détroit supérieur, tout un jour se passa sans aucun changement. Vers le milieu de la nuit suivante, l'eau cessa de couler; en même temps les douleurs augmentèrent de vivacité, et pourtant l'orifice se roidissait à peine pendant chaque contraction. Le ventre était fort douloureux; le pouls grand, plein et fréquent, la tête pesante, etc. (bain général, saignée du bras); nul soulagement.

» Vers le matin (25 fructidor), l'orifice était plus dilaté et plus dilatable; la tête du fœtus était plus facile à toucher, mais cela tenait à la tuméfaction des téguments. Cette apparence de progrès ne m'en imposa point, et je cherchai à m'assurer de la nature des obstacles.

» J'avançai le doigt derrière la tête et j'atteignis l'angle sacro-vertébral. Ce doigt, étendu dans la direction du diamètre antéro-postérieur, mesura trois pouces et un quart : en déduisant six lignes pour l'obliquité du

doigt, restaient trois pouces moins un quart. L'angle sacro-vertébral s'enfonçait dans une dépression de la tumeur du crâne.

» L'accouchement spontané était impossible, les accidents continuaient et des vomissements verdâtres s'y étaient joints, avec un état d'anxiété et d'agitation que rien ne pouvait calmer.

» Je fis appeler M. Baudelocque : son avis fut d'essayer l'application du forceps, et lui-même voulut opérer. Il fallut d'abord explorer la disposition des parties, et nous reconnûmes que la tête était tout-à-fait transversale, le front à droite et l'occiput à gauche : elle faisait à peine saillie dans l'excavation.

» M. Baudelocque voulut d'abord appliquer le forceps sur les côtés de la tête, mais il lui fut impossible d'y parvenir. De quelque manière qu'il s'y prît, il ne put jamais faire avancer une branche, ni derrière les pubis, ni devant l'angle sacro-vertébral; il se décida donc à les laisser sur les côtés du bassin, agissant ainsi sur le front et sur l'occiput, mais la tête résista opiniâtrement aux tractions.

» L'enfant était-il mort ou vivant? Cette incertitude ne permettait pas d'employer le crochet ou le perce-crâne; il fallait en venir à la dernière ressource, la version.

» M. Baudelocque introduisit sa main gauche sur le côté droit du bassin, il repoussa la tête à gauche et voulut suivre le côté de l'enfant : manœuvre impossible, l'orifice interne s'était resserré sur le col, de façon à permettre à peine le passage de la main.

» L'opérateur y pénétra comme il put, sentit un pied et lamena au dehors : c'était le droit et on tira sur lui seul. Ce pied se trouvant sous la symphyse pubienne,

fit aisément descendre le reste du tronc, qui se dégagea, les lombes à droite et l'ombilic à gauche; la jambe et la cuisse gauches s'étendirent sur l'abdomen et le thorax, et tout sortit sans peine. La tête n'offrit pas autant de difficultés qu'on s'y devait attendre. L'enfant était mort et déjà putrescent.

» La cessation de l'écoulement de l'eau lors du retour des douleurs, est la première chose qui frappe dans la lecture de cette observation. Elle tient à l'occlusion des passages par le fœtus poussé vers les détroits du bassin. L'eau s'écoule lentement dans leur intervalle, parce que rien ne la chasse que son propre poids; elle sort avec plus de vivacité quand la douleur commence, parce que l'utérus la pousse au dehors; elle s'arrête peu après, parce que le fœtus, également poussé, ferme les passages.

» La vivacité des douleurs semble aussi contraster avec la faiblesse des contractions. Ce phénomène était dû à la sensibilité du ventre, qui annonçait un état morbide. Je regrette que les détails des suites des couches aient été négligés; ma mémoire n'y peut malheureusement suppléer.

» Quant au reste, faudra-t-il encore rappeler l'attention des élèves sur l'infraction des règles et des préceptes théoriques?

» La présente observation a, sous ce rapport, ceci de remarquable, que ce fut M. Baudelocque lui-même qui se vit forcé de contrevenir aux règles sur lesquelles il insiste tant dans son ouvrage. M. Baudelocque était excellent practicien; tout en donnant des règles fondées sur la théorie, il n'ignorait pas qu'elles ne sont pas sans exceptions et que la pratique force souvent à s'en dispenser; mais il craignait de les infirmer en

y mettant trop de restrictions, et il supposait qu'un peu d'habitude mettrait bientôt ses élèves au fait. J'y vois, pour moi, deux inconvénients : ou bien les élèves restent attachées à la règle en dépit des événements, ou bien elles s'en débarrassent tout-à-fait dès les premières exceptions qu'elles rencontrent. Il faut connaître la règle à fond, savoir qu'elle est applicable au plus grand nombre des cas, mais non pas à tous exclusivement. »

Aux réflexions faites par Mme Lachapelle sur la manière d'opérer de Baudelocque, nous ajouterons encore les suivantes.

Cet accoucheur n'a pu appliquer ici le forceps d'après la manière qu'il recommande dans son ouvrage, et, comme nous l'avons vu précédemment, il rejette l'emploi du levier, parce que celui-ci ne peut s'insinuer entre les points de contact qui constituent essentiellement l'enclavement. Cependant dans ce cas comme dans tous les autres cas d'enclavement, il n'a rien de mieux à faire, pour délivrer la femme, que d'avoir recours au forceps, qui est d'une application beaucoup plus difficile que le levier; de cette manière il n'est pas étonnant qu'il n'ait pu réussir à appliquer cette pince, et si cette objection est applicable au levier à plus forte raison doit-elle être appliquée au forceps.

Baudelocque critique De Bruyn, parce qu'il a délivré huit cents femmes avec le levier en quarante années, et il rapporte tome II, page 98, « qu'un chirurgien de Lille, en Flandre, se flattait déjà, en 1774, d'avoir delivré environ mille à douze cents femmes avec une sorte de spatule, dans l'espace de vingt années, » et il ne dit rien sur ce que ce chirurgien termine à peu près

un tiers de plus d'accouchements en la moitié de temps avec ce même instrument. Puis CAMPER observe, *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie,* t. XV, p. 238: « Il est donc évident, pour revenir aux éditeurs du secret de ROONHUYSEN, que le nombre des enfants que DE BRUYN a sauvés, n'est pas exagéré, car il faut noter que l'on n'a donné que la liste des femmes pauvres. »

D'ailleurs, il ne nous paraît pas impossible qu'il ait délivré autant de femmes en ce nombre d'années :

1° Parce que ceux qui emploient le levier, ont tant de facilité à amener la tête au dehors, qu'ils sont souvent appelés exclusivement pour terminer les accouchements laborieux.

2° Dans les cas où les partisans du forceps doivent recourir à la version pour délivrer la femme, les accoucheurs qui savent bien manier le levier, parviennent facilement à extraire la tête de l'enfant avec cet instrument.

3° On peut tirer un parti avantageux de l'emploi de cet instrument dans plusieurs circonstances, ainsi que nous l'avons rapporté en citant le cas que nous avons eu avec le docteur DE BRABANT; là aussi on ne pouvait rien faire avec le forceps.

BAUDELOCQUE fait encore différentes autres objections contre l'emploi du levier; ainsi il dit, t. II, p. 34 : « En supposant la tête de l'enfant dans l'excavation du bassin, comme nous venons de le faire, l'occiput contre le pubis, c'est la considérer d'ailleurs sous le point de vue le plus favorable à l'application du levier. » Comme alors la tête a franchi le détroit supérieur de cette manière, tout ce qu'il peut en dire, n'est plus applicable à notre sujet.

Au reste, toutes les autres objections qu'il a faites

contre l'emploi du levier, ne sont pas plus fondées que celles que nous venons de répéter, et il est vraiment pénible de voir que Baudelocque, au lieu de vouloir rester dans le vrai et de faire des objections raisonnables contre cet instrument, se soit plutôt conduit comme un avocat d'une mauvaise cause, en employant tous les moyens imaginables, quelque faux, quelque peu fondés qu'ils soient, pour faire rejeter le levier et faire adopter le forceps : de cette manière, au lieu d'éclairer ses confrères, il les a plutôt induits en erreur.

Il est encore nécessaire d'ajouter que si les erreurs sont toujours nuisibles, celles qui ont lieu dans l'art de guérir peuvent avoir les conséquences les plus fâcheuses et causer la mort d'une infinité de personnes.

C'est aussi pour ces motifs que nous croyons que, si les médecins, les chirurgiens, les accoucheurs pouvaient savoir d'avance combien de malheurs ils peuvent causer en recommandant ou en faisant rejeter tels remèdes ou tels instruments, ils seraient un peu plus circonspects ou réservés dans ces recommandations ou ces rejets; car qui peut calculer le nombre de victimes que Baudelocque a faites, en faisant adopter l'emploi du forceps au détroit supérieur, et en faisant rejeter celui du levier?

Cet auteur n'ayant pu, par le forceps, faire franchir à la tête ce premier pas, il eût été raisonnable de recourir au levier pour l'effectuer, puisqu'il considère cet instrument comme le plus propre à lui faire franchir ce passage, car, dans de tels accouchements, la difficulté consiste presque toujours à faire franchir le détroit supérieur; et lorsqu'il aurait réussi à faire traverser à la tête ce détroit, il aurait pu continuer, avec

cet instrument, à l'extraire, et dans le cas contraire, il aurait pu recourir au forceps pour amener la tête au dehors.

De tout cela, on peut conclure que les objections que Baudelocque a faites contre l'emploi du levier, viennent plutôt confirmer les avantages de cet instrument sur le forceps. D'ailleurs, quand on peut prouver par la pratique la supériorité du premier instrument sur le second, il fallait bien aussi que ces objections fussent plus ou moins absurdes ou du moins mal fondées.

Maintenant nous allons mentionner l'opinion de M. Cazeaux sur l'emploi du levier. Cet auteur, après avoir rapporté que je recommande l'usage de cet instrument, dit (1) : « Nous croyons avec M. Van Huevel, que le levier ne saurait remplacer le forceps ou la version dans les rétrécissements du bassin. » Comme M. Cazeaux ne dit pas sur quoi est fondée sa croyance, nous n'en pouvons rien dire; mais il n'en est pas de même lorsqu'il y ajoute : « nous croyons avec M. Van Huevel; » car, pour qu'on puisse juger de ce qu'en croit cet auteur, nous allons copier ici ce qu'il en dit dans une analyse qu'il a faite de mon premier mémoire, analyse qui a été insérée dans l'édition de l'ouvrage de M. Cazeaux, publiée à Bruxelles. — Voici ce qu'on y trouve dans une note, page 562 : « Quant au détroit supérieur, où le rétrécissement antéro-postérieur est le plus ordinaire et l'axe dirigé de haut en bas, et d'avant en arrière, le levier convient bien mieux que le forceps, qui comprime la tête transver-

---

(1) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements;* troisième édition, page 886.

salement, l'allonge en sens opposé et l'attire d'arrière en avant contre le pubis. » On voit par cet extrait, que cet auteur croit non seulement que le levier pourrait remplacer le forceps, mais même que le premier instrument convient mieux que le second.

Il faut cependant rendre cette justice à M. Cazeaux : s'il adopte ici l'opinion de Baudelocque sur l'emploi de ces instruments, il sait aussi, dans d'autres cas, la rejeter, comme on peut le voir dans ce qu'il dit de l'*accouchement prématuré,* ouvrage cité, page 887 : « Cette opération fut proposée pour la première fois en 1779, par Roussel de Vauzesme; on y fit alors peu d'attention, elle resta pendant longtemps fort mal connue, et c'est sans doute à ce qu'on n'avait pas une idée nette et précise de ce qu'on devait attendre d'elle, qu'il faut attribuer l'opposition aveugle et passionnée de Baudelocque et de ses élèves. » Tout ce que cet auteur dit ici de l'opposition aveugle et passionnée de Baudelocque et de ses élèves, peut à plus forte raison s'appliquer à l'emploi du forceps et du levier. Espérons que la question de l'emploi de ces deux instruments sera examinée bientôt avec toute l'attention qu'elle mérite, et qu'on pourra bientôt dire de l'usage de ces deux instruments ce que nous venons de faire de l'accouchement prématuré. On peut être persuadé que les avantages que l'on pourrait retirer de l'emploi convenable du levier, seraient beaucoup plus grands que ceux que l'on pourrait obtenir de l'accouchement prématuré.

Remarquons aussi que toutes ces objections ont été faites par des accoucheurs qui n'ont pas fait usage du levier et qu'ils jugent de cet instrument comme les aveugles des couleurs, car s'ils l'avaient

employé convenablement, ils auraient pu en retirer les mêmes avantages que nous, et de cette manière ils se sont conduits ici d'une manière tout-à-fait différente de celle généralement suivie dans l'art de guérir, qui est d'adopter un instrument ou un remède, s'il est prouvé par la pratique qu'il est avantageux, et de le rejeter si au contraire il ne peut être employé avantageusement; mais ici on a rejeté cet instrument sans en faire usage pour des motifs théoriques qui ne sont pas fondés.

Comme nous l'avons vu au commencement du premier mémoire, les auteurs diffèrent d'opinion sur les cas dans lesquels il convient d'employer le forceps ou le levier dans l'art des accouchements. Nous nous sommes proposé de faire cesser cette dissidence d'opinion, en déterminant bien le mode d'action de ces deux instruments d'après leur construction et leur forme, et d'en déduire des règles qui puissent guider le praticien dans leur emploi selon les différentes positions de la tête, etc.

Alors nous avons passé en revue tous les cas d'accouchements où il fallait recourir à l'usage de l'un ou de l'autre de ces instruments, et nous avons vu qu'en observant ces règles, on pouvait parvenir à un emploi rationnel de ces deux instruments et indiquer d'une manière sûre auquel des deux on devait donner la préférence quand il fallait les employer dans la pratique.

De cette manière nous croyons avoir atteint le but que nous nous étions proposé de faire cesser la dissidence d'opinions qui existe entre les accoucheurs sur l'emploi du forceps et du levier, et avoir terminé

ainsi un procès qui dure déjà depuis plus d'un siècle sur l'emploi de ces deux instruments.

Nous savons fort bien que quand nous recommandons l'emploi du levier, lorsque la tête se présente au détroit supérieur, cette pratique ne s'accorde pas avec celle de Baudelocque, qui rejette l'emploi de cet instrument et se sert presque exclusivement du forceps. Cette pratique de Baudelocque est encore presque généralement adoptée par les accoucheurs actuels, malgré tout ce que Herbiniaux a écrit pour engager les praticiens à se servir du levier. Mais si ce dernier auteur n'a pu faire adopter sa doctrine, il faut bien en convenir, il avait le tort de se servir exclusivement de cet instrument, et de cette manière il y avait plusieurs cas dans lesquels on pouvait plus avantageusement recourir au forceps qu'au levier.

On voit par là que Baudelocque se servait exclusivement du forceps, tandis que Herbiniaux n'employait que le levier. Mais d'après les règles que nous avons recommandé de suivre dans l'emploi de ces deux instruments, on peut plus avantageusement recourir au levier pour extraire la tête qui se présente au détroit supérieur, et au forceps, quand elle est descendue à l'inférieur.

Nous croyons avoir suffisamment prouvé que le levier mérite la préférence sur le forceps, pour amener la tête au dehors dans ce cas, car les motifs que nous avons allégués pour le préférer nous paraissent si évidents, que tout accoucheur qui veut les examiner sans préjugés, doit être convaincu de la vérité de ce que nous avançons; en effet, avec cet instrument on peut complétement imiter le mécanisme de l'accouchement naturel; ensuite les avantages de cette

manière d'opérer sont confirmés par les succès que l'on obtient dans la pratique. Au contraire, lorsqu'on a recours au forceps, on empêche la flexion de la tête sur la poitrine (1), et, de cette manière, on fait justement le contraire du mécanisme de l'accouchement naturel, et même cela est en opposition avec ce qui est admis comme évident en physique. D'ailleurs, en l'employant, on ne peut s'attendre qu'à des revers.

De cette manière, il y a un accord parfait entre le mécanisme de l'accouchement naturel et la manière d'opérer du levier; ensuite, l'emploi de cet instrument est avantageux, tandis que c'est l'opposé avec le forceps.

Nonobstant tous les motifs que nous avons allégués pour employer de préférence alors le levier, il sera difficile de faire changer les accoucheurs actuels d'opinion à cet égard, car, par une aveugle obstination, ils sont tellement prévenus en faveur du forceps, qu'il est à craindre qu'ils ne continuent à s'en servir, parce qu'ils ne veulent pas examiner cette question dans le but de rechercher la vérité, et surtout parce qu'ils ne peuvent être convaincus par la pratique de tous les avantages que présente alors le levier sur le forceps.

---

(1) On pourrait objecter qu'il y a bien des répétitions dans ces mémoires; nous voulons bien convenir de la vérité de cette objection, mais il faut l'attribuer particulièrement à ce que plus on médite sur ce sujet, et plus on trouve de nouveaux motifs pour se servir du levier et pour rejeter le forceps; et, de cette manière, nous sommes obligé de répéter ce que nous avons déjà dit, parce que nous parvenons toujours au même résultat, ce qui prouve d'ailleurs que nous sommes dans le vrai. Ensuite j'ai tenu à insister sur l'emploi rationnel de ces instruments, jusqu'à ce qu'on s'en serve de la manière que nous avons indiquée.

Ce qui nous fait espérer cependant que le levier sera employé au détroit supérieur, c'est que nous ne faisons pas, comme Baudelocque ni Herbiniaux, un usage exclusif de cet instrument ni du forceps, mais nous choisissons entre ces deux instruments celui par lequel nous pouvons plus avantageusement amener la tête au dehors. Or, comme par ces règles nous avons pu prouver d'une manière sûre (ce qu'on n'avait pu faire auparavant) que le levier mérite alors la préférence sur le forceps, nous espérons qu'ils voudront bien examiner cette question d'une manière convenable et sans préjugés et qu'ils se rendront à l'évidence des preuves que nous avons rapportées et qu'ils adopteront également l'emploi du levier.

D'ailleurs, comme ces preuves peuvent toujours être confirmées par les succès que l'on obtient par l'emploi du levier dans la pratique, il est à espérer qu'ils ne seront pas sourds à la voix de l'humanité, qu'ils feront tout leur possible pour diminuer et abréger les souffrances de la mère et pour conserver la vie à l'enfant, et lorsqu'ils auront infructueusement employé le forceps et qu'il ne leur reste plus d'autre ressource que de recourir à la crâniotomie, etc., ils se serviront du levier pour délivrer la femme avant de recourir à ces moyens extrêmes; car ce dernier instrument étant inoffensif, ne peut faire aucun mal à la mère ni à l'enfant quand l'accoucheur le sait bien manier et qu'il est employé avec les précautions requises.

Ce qui me fait encore espérer que le levier sera employé dans ce cas, c'est que les accoucheurs pourraient se faire connaître avantageusement, en rappelant cet instrument à l'attention des praticiens, lequel est presque généralement abandonné, sans qu'on puisse allé-

guer aucun motif de cet abandon, car on doit être persuadé qu'on peut s'en servir aussi avantageusement au détroit supérieur, que du forceps à l'inférieur. Puis il y a tant d'accoucheurs qui ne peuvent acquérir une clientèle dans l'art des accouchements, là où il n'y a aucun praticien qui fasse usage du levier, et qui lorsqu'ils sauraient bien le manier, parviendraient ainsi à une pratique étendue, surtout en accouchements laborieux (1), comme cela est arrivé à De Bruyn, qui a délivré huit cents femmes avec cet instrument en quarante années. Baudelocque rapporte également, page 98, tome II : « Un chirurgien de Lille en Flandre se flattait déjà, en 1774, d'avoir délivré environ mille à douze cents femmes avec une sorte de spatule dans l'espace de vingt années. »

On peut ajouter encore que les cas où il faut recourir au levier, pour extraire la tête qui se présente au détroit supérieur, sont assez fréquents, comme peut l'observer tout praticien dans sa pratique. D'ailleurs, on n'a qu'à parcourir l'ouvrage de Me Lachapelle, on y trouve un grand nombre de cas qui n'ont pu être terminés par le forceps, et où l'on a été obligé de recourir à la version, à la crâniotomie, etc., et que l'on aurait pu fort bien terminer par le levier contre toute attente.

Si les accoucheurs actuels continuaient à se servir du forceps, soit par une aveugle obstination, soit parce qu'ils n'ont pas l'habitude de faire usage du levier, et

---

(1) En supposant qu'il y ait à Paris un accoucheur qui sache bien se servir du levier, lorsqu'il faut extraire la tête qui se présente au détroit supérieur, il saurait bien vite convaincre par la pratique, les plus incrédules partisans du forceps des avantages que présente le premier instrument sur le second.

que pour ce motif ils ne peuvent en retirer tout le parti que ceux qui savent bien le manier peuvent en retirer, il ne faudrait pas encore désespérer de voir employer le levier dans ce cas, parce qu'il me paraît impossible qu'une affaire d'une si haute importance et dont dépend la vie de tant de femmes et d'enfants ne soit à la fin examinée sans préjugés et avec toute l'attention qu'elle mérite, et qu'on ne trouve par cet examen qu'il y a des motifs fondés pour accorder la préférence au levier, et que ces motifs, fondés en théorie, peuvent toujours être confirmés par les succès que l'on obtient en l'employant dans la pratique; au contraire, les partisans du forceps ne peuvent s'attendre qu'à des revers.

C'est aussi pour ces motifs que, quelque soit pour le moment le résultat de cette discussion sur l'emploi du forceps et du levier, j'ai une entière confiance dans l'avenir, parce qu'on peut au moins espérer que les accoucheurs examineront cette question sans préjugés, qu'ils ne continueront pas à fouler aux pieds ce qui est admis comme évident en physique, qu'ils adopteront ce qui est raisonnable en théorie et avantageux en pratique. Quant à moi, j'ai tâché de justifier le titre de ces mémoires : *De l'emploi rationnel du forceps et du levier,* en prenant dans cette affaire la *raison* pour *guide,* et en n'avançant rien qu'elle pût désapprouver; j'ai fait tout mon possible pour rester dans le *vrai,* et je puis ajouter que j'ai la *conscience* d'avoir fait le *bien.* Puissent les partisans exclusifs du forceps en dire autant!

RAPPORT

SUR

LE MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR BODDAERT

TRAITANT DE L'EMPLOI RATIONNEL DU FORCEPS ET DU LEVIER.

Commission : MM. Coppée.
Lesseliers.
Fraeys, *rapporteur.*

Messieurs,

Le travail de M. Boddaert que vous avez soumis à notre examen, est le troisième sous le même titre : *De l'emploi rationnel du forceps et du levier.* Le premier date de 1842 (Annales de la Société de Médecine de Gand, 1842, p. 321); le deuxième, de 1849 (mêmes Annales, 1849, t. XXIV, p. 21). Le troisième n'est pas, à proprement dire, la continuation, mais plutôt la reprise des deux premiers mémoires. L'auteur n'apporte plus de nouveaux faits à l'appui de l'utilité des deux instruments dans la pratique des accouchements, ou de la préférence qu'il convient d'accorder à l'un ou à l'autre suivant le cas; mais il fait valoir des considérations nouvelles et se livre à des discussions intéressantes pour défendre les opinions qu'il a émises dans ses deux premiers mémoires, et pour rendre plus saisissantes l'erreur dans laquelle persistent les partisans exclusifs du forceps, et les

conséquences fâcheuses auxquelles elle expose. Nous sommes ainsi amenés à jeter un coup-d'œil rapide sur les premiers mémoires de M. Boddaert, et à embrasser dans notre rapport l'ensemble de ses travaux sur l'usage du forceps et du levier.

M. Boddaert appelle l'attention sur les dissidences et l'exclusivisme de ses prédécesseurs : les uns, comme les accoucheurs français, recommandant exclusivement le forceps; les autres, comme beaucoup d'accoucheurs anglais, hollandais et belges, recommandant exclusivement le levier, et les troisièmes, croyant que dans le plus grand nombre des cas, on peut aussi bien délivrer les femmes ou dégager la tête de l'enfant, avec le levier qu'avec le forceps. Notre honorable confrère, renonçant à suivre ses devanciers, a pris une voie plus sûre pour arriver au but qu'il voulait atteindre. Convaincu que des instruments aussi différents que le levier et le forceps doivent avoir des effets et des usages différents, il a cherché à connaître toutes ces différences, à découvrir les véritables indications de l'un et de l'autre, et à établir des règles rationnelles, positives pour servir de guide dans leur emploi. Placé sur le terrain qu'il avait choisi, il l'a parcouru avec le plus grand succès, pour produire, après des recherches longues, constantes et consciencieuses, un chef-d'œuvre de pratique démonstrative, un de ces travaux rares, où les faits abondent et viennent, par groupes, appuyer chacune des propositions principales.

Suivant M. Boddaert, le forceps est une espèce de pince, devant être particulièrement employée, de même que toutes les pinces en chirurgie, comme un moyen d'extraction, laquelle sera d'autant plus

facile qu'elle se fera plus exactement selon l'axe de la cavité contenante, et que le corps à extraire se présentera avec de plus petits diamètres. C'est pourquoi le forceps convient parfaitement dans la première et dans la deuxième position du sommet (classification de Capuron, suivie par l'auteur), lorsque la tête est parvenue au détroit inférieur et qu'on peut la saisir selon le diamètre occipito-mentonnier et l'extraire suivant la direction de l'axe du détroit inférieur. Au contraire, cet instrument, peu propre à modifier la présentation, agira d'autant plus désavantageusement que la tête se présentera avec de plus grands diamètres et qu'on ne pourra, en l'extrayant, la diriger suivant la direction des axes du bassin.

Le levier agit comme un levier du premier genre, dont le point d'appui est au pubis, c'est-à-dire, entre la puissance (la main de l'opérateur) appliquée au manche, et la résistance représentée par la tête de l'enfant. Il n'agit pas seulement comme agent extracteur, mais encore comme agent modificateur, c'est-à-dire, en changeant certaines présentations désavantageuses, pour rendre l'extraction plus facile. C'est pourquoi il doit souvent être préféré au forceps, par exemple, lorsque la tête n'a pas encore traversé le détroit supérieur, parce qu'alors elle n'a pas encore fait sa flexion sur la poitrine ni sa rotation, et qu'il peut la diriger en même temps suivant la direction de l'axe du détroit supérieur, ou bien lorsque dans l'excavation du bassin ou au détroit inférieur, elle ne se présente pas avec ses plus petits diamètres. Quoi qu'il en soit, on peut quelquefois terminer des accouchements avec l'un des instruments, là où l'autre convient mieux et vice-versà.

M. Boddaert fait voir combien est inconcevable l'attitude de Baudelocque et de la plupart des accoucheurs français, qui nient le pouvoir extracteur du levier, au mépris des lois de la mécanique, au mépris de l'évidence des faits, au mépris de l'observation de tous les jours et au mépris des témoignages les plus respectables et les plus imposants.

Baudelocque a fait de grands efforts, pour prouver l'impossibilité d'extraire avec le levier la tête de l'enfant hors du détroit inférieur, et il a cru dès-lors pouvoir conclure, que cette impossibilité est encore plus réelle, lorque la tête se trouve à un point plus élevé du bassin. Un membre de votre Commission croit avoir suffisamment démontré dans la discussion qui a suivi la présentation du deuxième mémoire de M. Boddaert (1), combien l'opinion du célèbre accoucheur français est erronnée sur ce point. En agissant avec votre instrument sur l'occiput, dit Baudelocque, vous abaissez et tenez abaissée cette partie de la tête qui doit se relever sur le pubis, afin que le front et la face se dégagent au-devant du périnée, comme cela a lieu dans l'accouchement naturel, et comme on peut l'imiter avec le forceps; de sorte que c'est bien la matrice qui surmonte tous les obstacles, y compris celui qu'apporte votre levier. Eh bien, Messieurs, c'est là une double erreur que les partisans du levier, les Roonhuisiens, comme les appelait le professeur de Paris, ont victorieusement combattue. En effet l'extension finale de la tête, pendant le dégagement, est généralement difficile ou impossible, aussi longtemps que par l'abaissement

(1) Voir *Bulletin de la Société de Médecine de Gand*, 1849, t. XVI, p. 309.

complet de l'occiput, la tête ne traverse pas le détroit inférieur; par la raison que cette extension et par conséquent le dégagement devraient se faire avec le diamètre occipito-frontal qui mesure quatre pouces, et l'occipito-mentonnier qui en mesure cinq, tandis qu'ils doivent se faire avec les diamètres sous-occipito-frontal et sous-occipito-mentonnier, qui ont tous les deux moins de quatre pouces d'étendue. Il est bien vrai que cela a quelquefois lieu sans cet abaissement préalable de l'occiput, mais chez des femmes qui ont eu déjà des enfants, ou lorsque la tête est médiocre ou petite et les parties de la mère larges. Il résulte donc de là, qu'en abaissant l'occiput de l'enfant, le levier rend immédiatement réalisable l'extension et le dégagement de la tête. En outre, l'instrument ne met à ces derniers phénomènes aucun obstacle, parce que, à mesure qu'ils s'accomplissent, on va plus doucement et à petits mouvements, en quelque sorte saccadés, de manière que l'instrument descend aussi en glissant sur l'arcade pubienne, avec laquelle à la fin, c'est-à-dire, lorsque l'abaissement est complet, il n'est plus en contact que par l'extrémité antérieure de sa lame. D'ailleurs, la plupart des Roonhuisiens conseillent d'arrêter l'action de l'instrument ou même de le retirer, pour abandonner l'accouchement à la nature, une fois que la tête n'est plus retenue que par les parties molles. Si c'est la matrice qui opère ensuite le dégagement final, rendu dorénavant facile par le changement qu'a produit le levier, cela n'amoindrit en rien l'utilité de son emploi, et il n'en reste pas moins prouvé qu'avec cet instrument on peut, comme avec le forceps, extraire la tête, sans le secours de la matrice. Il faut pour cela, après l'abaissement de

l'occiput, glisser la lame du levier un peu à gauche du bassin jusqu'à l'apophyse mastoïde, qui se trouve de ce côté, et agir avec l'instrument par bascule et par traction, jusqu'au dégagement complet de la tête, dégagement qui, sans nul doute, est toujours facilité par le concours des contractions utérines et des efforts de la femme.

C'est ainsi que, pendant le travail de l'accouchement, des milliers de têtes ont été dégagées par les partisans du levier. Baudelocque l'a toujours nié. Il soutenait que la matrice seule, dans tous les cas, excitée par la présence du levier, avait opéré l'expulsion de la tête, tandis que les Roonhuisiens soutenaient que l'obstacle avait déjà épuisé l'utérus, et que, dans la généralité des cas, cet organe serait resté impuissant pour le vaincre. Baudelocque prétendait encore que, lorsque quelques têtes avaient pu être extraites par le levier, c'étaient des têtes petites et mobiles, que les contractions utérines eussent facilement expulsées, si l'on avait eu la patience d'attendre. Il disait cela et le répétait sans cesse, lorsque les Roonhuisiens étaient unanimes pour dire que c'étaient des têtes volumineuses, fortement serrées dans l'excavation, ce qui signifiait pour eux des têtes enclavées, et que d'ailleurs celles qui étaient petites et mobiles, se prêtaient mal à l'action du levier. Après cela, ne sommes-nous pas en droit de dire qu'on ne saurait afficher plus de dédain que ne l'a fait Baudelocque pour la loyauté et la bonne foi de ses confrères?

Au surplus, à la manière dont Baudelocque parle de l'agacement de la matrice par l'introduction du levier, et des contractions énergiques qui en sont la suite, on dirait que le forceps, deux fois plus grand que

le levier n'occasionne rien de semblable; et comment ce célèbre accoucheur a-t-il cru pouvoir attribuer à ces mêmes contractions provoquées par le levier, l'extraction de têtes hors de bassins déformés et rétrécis, alors que la matrice et le forceps étaient demeurés jusque là complètement impuissants. M. Boddaert, fort de ses nombreuses observations, fait ressortir dans son dernier mémoire le peu de valeur de l'objection de Baudelocque, et se demande s'il est un homme raisonnable qui puisse croire à de pareilles absurdités.

Le levier est donc, tout aussi bien que le forceps, un agent extracteur, eu égard à l'accouchement. Or, la mécanique nous apprend que, pour le levier, la puissance est à la résistance en raison inverse des bras du levier, en d'autres termes, que la puissance est égale à la résistance divisée par le nombre de fois que le bras de la résistance est contenu dans celui de la puissance. Nous savons d'autre part que, lorsque la tête se trouve au détroit supérieur, le levier, passant derrière le pubis, ne doit être introduit qu'à la hauteur de trois pouces environ, pour atteindre le point du crâne sur lequel il doit agir. Ainsi, avec le levier flamand qui mesure au moins un pied ou douze pouces, l'effort qu'il faudra faire pour abaisser la tête dans l'excavation, sera trois fois moindre que la résistance. Cet effort deviendra de plus en plus petit, à mesure que la tête sera descendue davantage dans l'excavation, attendu que l'introduction de l'instrument sera de moins en moins profonde, ou le bras du levier de la résistance de plus en plus petit, et celui de la puissance de plus en plus long.

Pour le forceps, toujours d'après les principes de

la mécanique, la puissance doit être égale à la résistance, lorsque la force qui meut l'instrument, agit dans le sens de cette résistance, c'est-à-dire dans le sens des axes du bassin; et elle devra être d'autant plus forte qu'elle agira plus obliquement par rapport à ces derniers. La mécanique a également calculé et formulé la progression mathématique de cet accroissement de résistance ou de force nécessaire pour la vaincre, résultant de l'obliquité de cette dernière.

Mais à cause de l'inclinaison du détroit supérieur et de la direction du sacrum, le levier appliqué à ce détroit ou à la partie la plus élevée de l'excavation pelvienne, agit sur la tête de l'enfant, comme le fait remarquer M. Boddaert dans ses divers mémoires, selon la direction des axes de ces deux niveaux. « Pendant que le levier abaisse l'occiput, dit-il (1), il dirige en même temps la tête selon la direction de l'axe du détroit supérieur, car cet instrument étant appliqué derrière le pubis, on n'a qu'à relever son manche pour porter la tête en arrière et en bas, et par conséquent selon l'axe de ce détroit. » Le forceps, au contraire, de l'aveu de tous les accoucheurs, quelque précaution que l'on prenne, ne peut jamais agir dans le sens de cet axe, mais plus ou moins obliquement en avant, et par là, une partie de la force vient se perdre en avant contre le pubis. Il faut donc à cet instrument, toutes choses égales d'ailleurs, une puissance au moins trois fois plus grande que celle nécessaire au levier pour abaisser la tête de l'enfant.

Si nous ajoutons à cela tous les autres avantages

---

(1) Page 20 de son 1er Mémoire, ou page 340 des *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1842, I.

signalés par HERBINIAUX et M. BODDAERT, nous obtenons la résultante de l'immense supériorité du levier sur le forceps dans beaucoup de cas d'accouchements difficiles. L'on comprend dès-lors, comment il se fait que le premier de ces instruments, par un effort modéré, amène dans l'excavation des têtes serrées dans le détroit supérieur, et qu'il ne fatigue jamais un accoucheur, tandis que le forceps en fatigue facilement un ou deux, tout en restant insuffisant. « Il n'est »donc pas étonnant, comme dit M. BODDAERT, dans »son premier mémoire, qu'on parvienne au moyen »du levier, à amener si facilement la tête de l'enfant, »lorsque le diamètre sacro-pubien du détroit supé»rieur n'est pas trop rétréci, par exemple, depuis »l'état normal ou quatre pouces, jusqu'à trois. Eh »bien, dit-il, dans tous les cas dans lesquels le degré »de rétrécissement de ce diamètre variait entre trois »et quatre pouces, lorsque j'étais seul ou avec quel»ques-uns de mes confrères, dont je pourrais ici »invoquer le témoignage, ou bien lorsque nous avions »employé infructueusement le forceps pour dégager »la tête, le plus souvent j'ai fait passer l'enfant aussi »facilement, aussi promptement et aussi avantageu»sement pour la mère et pour l'enfant, au moyen du »levier, que quand il s'agissait d'amener la tête de »l'enfant au dehors avec le forceps, lorsqu'elle était »parvenue au détroit inférieur. »

Presque tous, Messieurs, nous sommes à même de donner à M. BODDAERT le témoignage qu'il invoque. Si, fréquemment dans les faits qu'il relate dans ses mémoires, l'enfant a été extrait mort, il est à remarquer que le plus souvent il l'était avant l'emploi de l'instrument, auquel l'opérateur n'a pu avoir recours

que tardivement. Ajoutons à cela que M. Boddaert ne rapporte que les cas les plus saillants, les plus difficiles des faits nombreux qu'il possède, et constatons que, même dans des cas d'une extrême gravité, il a pu parfois amener, par le levier, des enfants vivants, quoique l'on eût déjà fait de grands efforts avec le forceps. Le passage que je viens de rappeler n'est donc que l'expression de la vérité. C'est ainsi que les Roonhuisiens ont toujours exprimé la confiance qu'ils avaient dans le levier, comme on peut le voir dans plusieurs passages de l'ouvrage d'Herbiniaux. Telles sont, Messieurs, les considérations qu'un de nous a déjà fait valoir en faveur du levier en 1849, et que nous avons cru devoir rappeler ici, dans l'espoir qu'elles rendront plus facile et plus confiante l'étude des trois mémoires de M. Boddaert.

Le premier mémoire traite de l'emploi du levier et du forceps dans la première position (occipito-iliaque gauche antérieure), et dans la deuxième position (occipito-iliaque droite antérieure) du vertex, quand la tête n'a pas encore traversé le détroit supérieur, ainsi que des mêmes positions et de celle transversale, lorsque le bassin est rétréci d'avant en arrière.

M. Boddaert démontre par le raisonnement, par la théorie la plus exacte et la plus rigoureuse, ainsi que par les faits pratiques, que dans ces divers cas, le levier doit être préféré au forceps. Tous les avantages sont du côté du premier de ces instruments, tous les désavantages du côté du second. Le levier est un agent extracteur plus puissant, sa puissance s'exerce selon l'axe du détroit supérieur, il fait subir à la tête les mouvements et la réduction nécessaires pour l'engagement, il est un instrument simple, d'une applica-

tion facile, et ne doit pénétrer dans le bassin qu'à la hauteur de trois pouces. Le forceps ne jouit d'aucun de ces avantages. Par son action sur la tête, dont il augmente le diamètre qui se trouve en rapport avec le plus petit ou celui rétréci du détroit, ainsi que par la direction oblique de sa puissance par rapport à l'axe du détroit supérieur, il augmente nécessairement la résistance, de sorte que l'effort que subit l'enfant devient plus considérable et plus dangereux. D'après cela, il n'est pas difficile de comprendre pourquoi le levier réussit à faire descendre la tête de l'enfant, dans des cas où le forceps est impuissant. Toutefois, pour que levier réussisse, il ne faut pas exiger de lui l'impossible, il faut que l'engagement de la tête soit au moins possible, que la disproportion entre le détroit et la tête ne soit pas trop considérable, sans quoi celle-ci reste immobile, nonobstant de très-grands efforts, ou bien, ce qui est plus commun, elle fuit. Une dilatation incomplète du col favorise cette fuite, même dans des cas où l'engagement est possible. La possibilité de l'engagement, dans le cas de rétrécissement du détroit du bassin, ne peut être déterminée rigoureusement. « Je sais qu'il est aussi impossible, dit M. Boddaert (1), de fixer le degré de rétrécissement par lequel on peut amener la tête au dehors avec le levier, que celui par lequel elle peut franchir le détroit par les seuls efforts de la nature, parce que dans les deux cas, cela doit différer d'après le volume de la tête de l'enfant, la mobilité de ses os, etc. J'ai fixé ici le maximum à trois pouces, parce que dans un cas où nous avons pu constater par l'autopsie cadavérique, que le dia-

---

(1) *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1842, t. I, p. 549.

mètre sacro-pubien ne présentait que trois pouces et trois lignes, j'ai amené la tête au dehors avec la plus grande facilité. »

La tête étant le plus souvent défléchie au détroit supérieur, M. Boddaert recommande de placer l'extrémité du levier sur l'occiput, afin de l'abaisser pendant l'engagement et de faire descendre la tête avec ses petits diamètres. De cette manière dit-il, le levier imite la nature, dont tous les efforts tendent à amener la pointe de l'occiput dans la direction de l'axe du détroit inférieur et à diriger la tête, à mesure qu'elle sort, dans la même direction. S'il s'agissait, ajoute-t-il, d'extraire un calcul de la vessie, une olive d'une bouteille, on ferait tous ses efforts pour les saisir par leurs petits diamètres. L'avantage qui résulte de cet abaissement de l'occiput, non-seulement au détroit supérieur, mais ensuite à tous les autres points du bassin, ne saurait être contesté, et, il faut bien le reconnaître, le forceps ne peut donner cet avantage. Toutefois il est vrai de dire, que dans le cas de rétrécissement antéro-postérieur et de position transversale du sommet au détroit supérieur, cet abaissement préalable de l'occiput n'est pas indispensable, le diamètre transverse étant d'ordinaire suffisamment large pour laisser passer le diamètre occipito-frontal, et que dans beaucoup de cas, le levier fait simplement descendre la tête, qui se fléchit ensuite par les efforts de la nature ou par l'action de l'instrument. En effet, il est à remarquer que dans le cas dont il s'agit, beaucoup de partisans du levier appliquent l'extrémité de cet instrument, comme le conseille Herbiniaux, sur la région mastoïdienne du temporal, et que M. Boddaert lui-même, pour donner à l'instrument une prise suffisante et

l'empêcher de glisser, est obligé de l'appliquer sur la partie de l'occiput qui avoisine l'apophyse mastoïde. Un des membres de la commission, M. Coppée, a dû se conduire de la même manière dans la sixième observation, rapportée dans son mémoire (Quelques considérations pratiques sur l'emploi du levier dans l'art des accouchements. *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1858, t. XXXVI, p. 233). En agissant sur l'occiput, dit-il, je ne parvins pas à le faire descendre; je dus appuyer le levier derrière l'apophyse mastoïde, je parvins ainsi à dégager une tête excessivement volumineuse. C'est encore un simple mouvement de descente que détermine d'abord le levier, dans le cas de présentation de la face au détroit supérieur, comme on peut s'en assurer dans les deux observations rapportées dans le deuxième mémoire de M. Boddaert (*Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1849, t. XXIV, pp. 72 et suivantes). J'ajouterai que dans un cas où la position du sommet au détroit supérieur fut mal déterminée, j'ai vu le levier appliqué derrière la branche gauche du pubis sur la bosse frontale droite, le front se trouvant directement en avant, entraîner la tête à travers le détroit, puis le front rouler à gauche et en arrière, tandis que l'occiput roula et sortit à droite et en avant. Au reste, on sait que dans l'accouchement naturel, la flexion de la tête ne s'opère souvent qu'après sa descente dans l'excavation pelvienne.

Après avoir décrit la manière d'opérer avec le levier, chose très-importante et trop souvent mal observée (1), M. Boddaert rapporte dans son premier

(1) L'accoucheur qui veut employer avec succès le levier, doit se conformer

mémoire, plusieurs cas d'accouchements terminés avec le levier, après que le forceps avait été vainement essayé. Ces cas sont très-remarquables et bien choisis pour porter la conviction dans les esprits. Nous signalons encore à l'attention des praticiens, les faits cités dans la discussion de 1849 (V. *Bulletin de la Société de Médecine de Gand*, 1849, t. XVI, p. 309), et ceux non moins intéressants qu'un de nous a récemment communiqués à la Société de Médecine (voir : Quelques considérations pratiques sur l'emploi du levier, dans l'art des accouchements, par M. le docteur Coppée; *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1858, t. XXXVI, p. 233).

M. Boddaert termine son premier mémoire en indiquant quatre espèces de difformités du bassin, dans lesquelles il n'a pu réussir à appliquer le forceps, et où l'application du levier a pu fort bien se faire. Puis il résume les avantages que présente le levier sur le forceps de la manière suivante : 1° Il amène la tête par le détroit supérieur selon le mécanisme de l'accouchement naturel; 2° Il est un instrument simple, facile à introduire et à appliquer; 3° Il parvient de suite à la hauteur de la boîte osseuse, sur laquelle il doit agir; 4° Il permet à la tête de se rétrécir, dans le sens où se trouve un obstacle ou un rétrécissement, et de s'étendre là où il y a un espace libre.

Il serait difficile d'élever quelque objection sérieuse sur le premier mémoire de M. Boddaert, et nous en

---

à ces prescriptions. Nous l'engageons en outre à prendre connaissance du manuel général du levier, décrit par Herbiniaux, dans son *Traité sur divers accouchements laborieux et sur les polypes de la matrice*. Bruxelles, 1791, nouvelle édition, p. 389.

cherchons vainement une dans le rapport et la discussion dont il a été l'objet (Voir *Bulletin de la Société de Médecine de Gand,* 1842, t. VIII, p. 77). Il en est de même du rapport et de la discussion qui ont suivi la présentation du deuxième mémoire (1). On ne doit point s'en étonner, car M. Boddaert n'avance rien qui ne soit conforme aux lois de la physique mécanique et qu'il ne démontre par les résultats de l'expérience; de telle sorte que la théorie et la pratique s'accordent toujours parfaitement, ne se contredisent jamais dans son travail.

Dans son deuxième mémoire, M. Boddaert complète l'étude de l'emploi du forceps et du levier, dans les diverses positions du sommet et de la face (2) aux divers points du bassin, ainsi que dans les cas où la tête est retenue dans le bassin, après la sortie du tronc ou même après la détroncation. Cette étude est faite avec le même soin, la même impartialité et le même succès que dans le premier mémoire. L'auteur s'y montre toujours « un homme sûr et sincèrement con»vaincu; sa plume timide, comme dit M. Dumont »(Rapport sur le premier mémoire), n'avance pas un »seul mot sans l'appuyer de toutes les garanties, qu'il »peut puiser et dans les détails du fait lui-même et »dans les travaux de ceux qui ont traité la même »matière. » M. le professeur Lados accepte aussi sans réserve les avantages attribués au levier, dans beaucoup de cas d'accouchements. « Ne trouvons

---

(1) Voir: *Annales de la Société de Médecine de Gand*, 1849, t. XXIV, p. 89, et *Bulletin de la Société de Médecine de Gand*, 1849, t. XVI, p. 309.

(2) Nous signalons à l'attention toute particulière des praticiens le parti qu'on peut tirer de l'emploi du levier, dans les présentations de la face au détroit supérieur et à la partie la plus élevée de l'excavation pelvienne.

»donc pas étonnant, dit-il (Rapport sur le deuxième »mémoire), que le levier termine des accouchements »là où le forceps est impuissant. La théorie et surtout »la pratique, nous confirment dans cette croyance. »Trop de faits de ce genre sont à la connaissance des »membres de notre Société, pour que toute nouvelle »preuve ne devienne superflue.»

A l'exemple des deux premiers Rapporteurs, nous nous garderons bien d'analyser les mémoires de M. Boddaert, mais nous engageons instamment les accoucheurs à les étudier et à en faire leur profit. Le troisième ne contient qu'un seul cas nouveau d'application du levier. C'est celui où la tête se trouvant au détroit supérieur, avec une procidence du cordon ombilical, M. Boddaert, ne pouvant tenir réduit le cordon, s'est servi de son instrument pour faire descendre la tête dans l'excavation, à travers l'orifice du col incomplètement dilaté et un détroit rétréci, et prévenir par là une nouvelle procidence. Mais en pareil cas, bien que l'enfant soit né vivant, nous n'oserions, après cette descente de la tête, abandonner l'accouchement à la nature, à moins de nous assurer par l'auscultation que l'enfant ne court plus aucun danger; car une anse du cordon pourrait être entraînée avec la tête dans l'excavation et y être comprimée. A part ce nouveau cas d'application, le troisième mémoire est tout entier consacré à démontrer, par des considérations nouvelles, l'utilité du levier et du forceps dans la pratique des accouchements et à réfuter les objections faites par Baudelocque contre le premier de ces instruments. Il fait voir de quelle importance a été pour l'art des accouchements la découverte du levier et du forceps, et de combien cette importance

s'accroît lorsqu'on veut suivre les règles qu'il a établies pour choisir et employer rationnellement l'un ou l'autre instrument. Il fait de graves et de justes reproches aux accoucheurs qui s'obstinent à employer le forceps au détroit supérieur et de recourir en cas d'insuccès, à la version, à la crâniotomie ou à l'opération césarienne, sans songer au levier, alors que la théorie et la pratique prouvent à l'évidence tout le parti qu'on peut tirer de son emploi pour sauver la mère et l'enfant. Il est impossible, dit-il, de donner un motif plausible pour lequel on continue, par une aveugle obstination, à immoler tant de victimes !

M. Boddaert fait ressortir ce qu'il y a de singulier dans la position respective des partisans et des adversaires du levier. Ceux-ci le rejettent sans le connaître, sans le comprendre, sans l'avoir jamais employé ou vu employer, tandis que les partisans du levier l'ont adopté, après avoir été témoins des résultats avantageux qu'il donne dans les accouchements difficiles, et ont persisté à l'employer, le plus souvent à l'exclusion du forceps. « Témoins des prodiges qu'il opérait entre les mains des maîtres qui guidèrent nos premiers pas dans la carrière, M. Boddaert et moi, dit M. Blariau (1), malgré les préventions que nous avions puisées dans nos études, nous l'adoptâmes, et jamais dans tout le cours de notre pratique il n'a trompé notre attente. » M. Boddaert raconte de quelle manière dans sa vaste clientèle et pendant l'espace de quarante ans, il a procédé à l'étude du levier et du forceps; comment il lui a été donné, par suite de la

(1) Voir discussion du rapport sur le 1er Mémoire de M. Boddaert.

position spéciale qu'il occupait et de la réputation qu'il s'est acquise, de terminer par les instruments un nombre considérable d'accouchements et de pouvoir préciser le rôle dévolu à l'un et à l'autre. Il montre en même temps combien ses études et ses expériences diffèrent de celles de ses devanciers, qui presque tous avaient renoncé à l'emploi du forceps. Conçoit-on qu'un tel exemple n'ébranle pas l'obstination des partisans exclusifs du forceps ? M. Boddaert exprime toutefois « une entière confiance dans l'avenir, parce qu'on peut au moins espérer que les accoucheurs examineront la question sans préjugés, qu'ils ne continueront pas à fouler aux pieds ce qui est admis comme évident en physique, qu'ils adopteront ce qui est raisonnable en théorie et avantageux en pratique. Quant à moi, dit-il, j'ai tâché de justifier le titre de mes mémoires: *De l'emploi rationnel du forceps et du levier,* en prenant toujours *la raison pour guide,* et en n'avançant rien qu'elle pût désapprouver; j'ai fait tout mon possible pour rester dans le *vrai,* et je puis ajouter: j'ai la conscience d'avoir fait le bien. Puissent les partisans exclusifs du forceps en dire autant ! »

M. Boddaert venge avec bonheur Herbiniaux, des attaques déloyales de Baudelocque, et signale les erreurs et les contradictions dans lesquelles l'auteur français est tombé. Votre rapporteur se félicite de voir que le jugement qu'il a porté sur ce point, soit entièrement partagé par un accoucheur aussi compétent et aussi consciencieux que M. Boddaert. Voici ce qu'il disait dans le discussion de 1849 :

« J'ai déjà laissé entendre quelle est l'origine de la proscription du levier en France. Commencée sous Levret, elle a été achevée sous Baudelocque. Le talent

et la vogue de ce dernier devaient porter de rudes coups au levier; cependant, il faut le reconnaître, la victoire que le professeur de Paris a remportée sur les Roonhuisiens, n'est ni réelle ni légitime. Scientifiquement, Herbiniaux a triomphé dans la lutte qu'il a soutenue contre Baudelocque. Il faut lire son traité sur divers accouchements laborieux et sur les polypes de la matrice, publié à Bruxelles en 1791; il y détruit complètement, l'un après l'autre, tous les arguments de son éloquent adversaire. La loyauté et la conviction y règnent constamment, et jamais l'on n'y trouve de la crainte ni de la gêne. Je ne m'arrêterai point à quelques détails de cette lutte, qui ne me paraissent pas toujours dignes du nom de Baudelocque; mais je ne puis dire que celui-ci ait apporté la même bonne foi dans ces graves débats, où lui et Herbiniaux ont occupé les rôles principaux. C'est ce qui explique l'animosité à laquelle le praticien de Bruxelles s'est quelquefois laissé aller. Il s'en excuse lui-même à différentes reprises, en rappelant toutefois son adversaire au devoir: « Les arts et les sciences, dit-il, doivent leurs progrès à la saine critique; mais pour qu'un art quelconque puisse en retirer un bénéfice réel, il faut que le bien de l'humanité, le désintéressement, l'impartialité et la vérité y règnent partout. » « L'homme le plus modéré n'est pas toujours à même de donner à son langage un ton précis d'urbanité, mais en y manquant, nous ne croyons pas avoir autorisé M. Baudelocque à nous réfuter par des sophismes. » « Supérieur à Levret, il devait au contraire arrêter le progrès de l'erreur. » « Le respect que méritent ses talents ne me paraît pas devoir l'emporter sur l'intérêt qui m'anime : il n'est plus question de vaines bienséances,

lorsqu'il s'agit de défendre ou de sauver la vie des hommes. » Enfin il est juste de dire, que si l'un des deux combattants a raison de se plaindre de l'autre, c'est incontestablement Herbiniaux; et si le livre de ce dernier n'a pas reçu l'approbation de l'Académie de Médecine de Paris, il a reçu celle de la Société royale de Londres.

« Indépendamment de la question du levier, qui est traitée avec un véritable succès, l'ouvrage de notre compatriote contient une foule de développements, tant pratiques que théoriques, des recherches précieuses sur les vices du bassin, et un grand nombre de préceptes utiles, que la science a acceptés et conservés. Personne mieux que lui, n'a fait ressortir les désavantages et les difficultés de l'application du forceps au détroit supérieur. Quand Baudelocque, pour les éviter, conseillait d'appliquer une branche derrière le pubis et l'autre au devant du sacrum, Herbiniaux démontrait l'impossibilité de ce procédé. Tous ceux qui liront cet ouvrage, le feront avec plaisir et fruit. Par sa valeur, il méritait la considération de Baudelocque, et il m'est pénible de le voir accueilli avec dédain et dépit par cet homme illustre.

» S'il était besoin de justifier les reproches que je fais à Baudelocque, non par esprit de nationalité, mais par hommage pour la vérité, des hommes non moins célèbres que lui, Désormeaux et Velpeau, tous les deux Français comme lui, viendraient à notre secours. Ces deux auteurs, comme on peut le voir dans le premier mémoire de M. Boddaert, disent que « Baudelocque est allé trop loin, en rejetant absolument l'usage du levier, si ce n'est pour redresser la tête du fœtus, déviée de sa direction naturelle; qu'il n'a pas bien

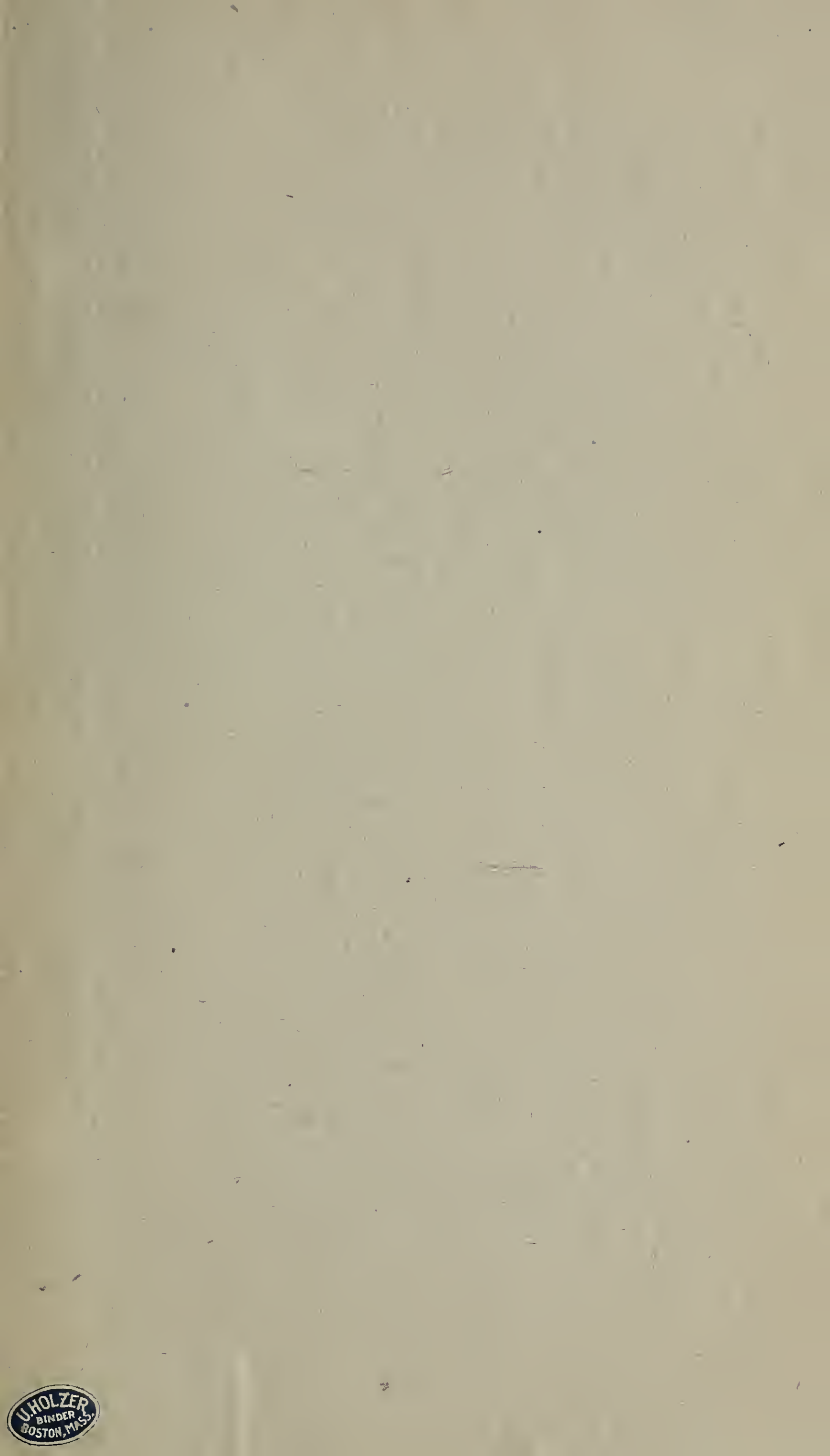
compris la manière d'agir de l'instrument; qu'elle n'a pas été mieux comprise depuis, et qu'il est essentiel de rappeler le levier à l'attention des praticiens. »

Avant de terminer ce rapport, nous voulons faire une dernière remarque : il résulte des écrits de M. Boddaert et des discussions auxquelles ils ont donné lieu, que le levier, employé avec les précautions nécessaires et dans des limites convenables, n'expose pas plus aux lésions de la mère et de l'enfant que le forceps. Au contraire, le levier est généralement aussi innocent, et dans beaucoup de cas, moins dangereux que le forceps pour la mère et l'enfant. Cette vérité, que les adversaires du levier ne veulent admettre, résulte également des écrits des Roonhuisiens, d'Herbiniaux, etc.

Nous nous dispenserons de discuter ce point important, sur lequel nous avons dit notre avis dans la discussion de 1849 et dans un mémoire récemment publié dans les Annales de la Société (tome XXXVI, p. 233, année 1858).

Nous avons l'honneur de vous proposer, Messieurs, l'impression du troisième mémoire de M. Boddaert dans les Annales de la Société.

Gand, Impr. et Lith. de L. Hebbelynck, rue des Peignes, 6. — 1859.


U. HOLZER
BINDER
BOSTON, MASS.

